



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Universitetet i Tromsø – Det helsevitenskapelige fakultet

Påvirker NOKLUS-skjemaet kommunikasjonen i konsultasjoner ved diabetespoliklinikken?

En kvalitativ studie av årskontroller ved to diabetespoliklinikker.

—
Medisinstudent

Vegard Bredal Olsen, MK-13

Veiledere

Eirik Hugaas Ofstad, førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin, UiT

Ragnar Joakimsen, professor II, Institutt for klinisk medisin, UiT

MED 3950 – Masteroppgave medisin, juni 2018



FORORD

I 2012 ble det vedtatt ny studieplan for profesjonsstudiet medisin ved Universitet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Et av elementene i denne nye studieplanen er etableringen av en langsgående undervisning i profesjonell kompetanse (PROFKOM). Dette tema omfatter blant annet kommunikasjon og samtaleferdigheter, etikk og profesjonell adferd. Undervisningen har bidratt til en økende bevissthet og nysgjerrighet rundt temaet lege – pasient – kommunikasjon og videre ledet undertegnede inn på tanken om fordype seg ytterligere innenfor kommunikasjonens verden.

Jeg vil benytte anledningen til å takke for all hjelp jeg har fått med oppgaven. Jeg vil takke mine veiledere Eirik Hugaas Ofstad og Ragnar Joakimsen for gode samtaler og tilbakemeldinger gjennom prosessen. Videre vil jeg takke involverte leger og diabetessykepleiere ved NLSH Bodø og UNN Tromsø for å stille opp og sette av tid for å bidra til mitt prosjekt. Jeg setter stor pris på hjelpen jeg fikk fra Universitetet i Tromsø, i form av økonomisk støtte til transport mellom Bodø – Tromsø for å samle inn datamateriale og hjelpen jeg fikk fra Orakeltjenesten da dataproblemer meldte seg. Takk til kjente og kjære som har lest gjennom og kommentert oppgaven i dens slutfase. Til slutt – takk til min samboer Astrid for gode innspill, moralsk støtte og tålmodighet gjennom hele prosessen.



Vegard Bredal Olsen, 31. Mai 2018.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Innledning | 1 |
| 2 | Teoretisk referanseramme | 3 |
| 2.1 | Medisinsk kommunikasjon | 3 |
| 2.1.1 | Hva er medisinsk kommunikasjon | 3 |
| 2.1.2 | Hvorfor søker pasienten lege? | 4 |
| 2.2 | Hesledokumentasjon | 5 |
| 2.3 | Formål med studien | 7 |
| 2.4 | Problemstilling | 7 |
| 3 | Metode | 8 |
| 3.1 | Det kvalitative intervju som metode | 8 |
| 3.1.1 | Intervjuet | 8 |
| 3.2 | Utvalg | 8 |
| 3.3 | Litteratursøk | 9 |
| 3.4 | Datainnsamling | 9 |
| 3.4.1 | Rekruttering | 9 |
| 3.4.2 | Transkripsjon | 10 |
| 3.5 | Etikk | 10 |
| 4 | Analyse | 11 |
| 4.1 | Systematisk tekstkondensering | 11 |
| 4.2 | Analyse av datamaterialet | 12 |
| 5 | Resultater | 14 |
| 5.1 | Felles forståelse | 14 |
| 5.2 | Pasientens egenbehandling | 15 |
| 5.3 | Beslutningsstøtte | 16 |
| 5.4 | Skjemaet som et effektiviserende verktøy | 17 |
| 6 | Diskusjon | 18 |
| 6.1 | Felles forståelse | 18 |
| 6.2 | Pasientens egenbehandling | 19 |
| 6.3 | Beslutningsstøtte | 20 |
| 6.4 | Skjemaet som et effektiviserende verktøy | 21 |
| 6.5 | Informantenes tilbakemeldinger | 22 |
| 6.6 | Diskusjon av metode | 23 |
| 7 | Konklusjon | 27 |
| 8 | Kilder | 29 |

VEDLEGG

Vedlegg 1: NOKLUS-skjemaet

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning: Personvernombud

Vedlegg 4: Samtykkeskjema pasient og lege

Vedlegg 5: Søknad om sikker lagring av data

Vedlegg 6: GRADE-gjennomgang (5 artikler)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Effektiv lege-pasient-kommunikasjon og en pasientsentrert tilnærming viser seg å øke tilfredsheten hos både pasienter og leger, samt å være gunstig for behandlingsforløpet. Dette forholdet kan trues av økende bruk av datamaskiner på undersøkelsesrommet. Helsedirektoratet har kommet med en sterk anbefaling om å følge diabetespasienter med en strukturert, elektronisk journal kalt NOKLUS-skjemaet for å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienten med tanke på symptomer og progresjon av sykdommen. Dersom behandler ikke er bevisst i bruken NOKLUS-skjemaet kan det true den medisinske kommunikasjon og dermed være negativt for interaksjonen mellom behandler og pasient. .

Formål: Hensikten med studien er å undersøke hvordan endokrinologer og diabetessykepleieres bruk av NOKLUS-skjemaet påvirker konsultasjonens medisinske kommunikasjon.

Metode: Studien er gjennomført ved bruk av kvalitativ forskningsmetode. Det er gjort videoopptak og observasjon av ti konsultasjoner (årskontroller) av diabetespasienter. Semistrukturerte intervjuer av leger, sykepleiere og pasienter ble gjort i etterkant av samtlige konsultasjoner. Datamaterialet ble innsamlet ved NLSH Bodø og UNN Tromsø i august 2017 og analyse av materialet er inspirert av systematisk tekstkondensering (STC).

Resultater: Etter at deltakernes beskrivelser var analysert og tematisert fremkom det fire temaer som belyser hvordan NOKLUS-skjemaet påvirker den medisinske kommunikasjon under konsultasjonen. Temaene er *Felles forståelse, Pasientens egenbehandling, Beslutningsstøtte* og *Skjemaet som et effektiviserende verktøy*.

Konklusjon: Mine resultater viser at NOKLUS-skjemaet kan være styrkende for den medisinske kommunikasjon. Dette gitt at behandler er bevisst skjemaets mulige positive og negative innvirkninger på kommunikasjonen og evner å bruke det på en konstruktiv måte der pasienten inkluderes i skjemaets tolkning.

1 Innledning

Et av formålene med den medisinske kommunikasjonen er at legen skal innhente tilstrekkelig informasjon til å kunne iverksette gode behandlingstiltak. Samtidig skal pasienten få tilstrekkelig informasjon til å mestre livet så godt som mulig gitt sin tilstand. For å ha en bedre mulighet til å oppnå dette, er kontakten og det tillitsforholdet man bygger med pasientene gjennom god kommunikasjon helt sentralt. Dersom man er bevisst og behersker kommunikasjon som et verktøy, vil man ha bedre mulighet til å identifisere pasientens problemer, formidle nødvendig informasjon, samt legge til rette for at pasienter får ytret sine tanker og bekymringer (1).

Effektiv lege-pasient-kommunikasjon og en pasientsentrert tilnærming under konsultasjonen viser seg å øke tilfredsheten både hos leger og pasienter, i tillegg til å gi bedre effekt av behandlingen og kortere symptomvarighet og sykdomsforløp (2, 3). Begrepet pasientsentrert tilnærming betyr at legen tar større hensyn til pasientens subjektive beskrivelse av sin sykdom og sine symptomer. Man søker pasientens opplevelse av sykdommen der målsetningen er at pasient og behandler møtes som likeverdige. Sammen skal de løfte frem og utveksle deres erfaringer, kunnskap, bekymringer og behov, med det formål å oppnå felles forståelse for tilgrunnleggende årsak og tiltak for å forebygge, behandle og mestre tilstand, situasjon og sykdom (1, 4). Denne kommunikasjonsformen oppfattes ofte å bli forstyrret av datamaskiner som gjennom de to siste tiår har etablert seg som et viktig, og effektiviserende hjelpemiddel under konsultasjonene (5). Årsaken til dette er at legens fokus forflyttes fra pasienten og mot skjermen, slik at de verbale og non-verbale momentene av kommunikasjonen kan svekkes (6). Likevel er datamaskinen et egnet verktøy og en ressurs som gir rask tilgang til relevant informasjon, journaler og registre og forenkler kommunikasjon på tvers av profesjonene som kan involveres i en pasients behandling.

Hos diabetespasienter har datamaskiner muliggjort bruken av et register for diabetespasienter utviklet av NOKLUS, heretter referert til som "NOKLUS-skjemaet" (Vedlegg 1). NOKLUS-skjemaet har som formål å være et klinisk verktøy for leger og diabetessykepleier (i denne oppgaven referert til som "*behandlere*"), for å gjøre det lettere å gjennomføre en strukturert og oversiktlig behandling. I tillegg er det også et

innsamlingsverktøy for Norsk diabetesregister, der verdifull informasjon hentes inn og kan benyttes i forskningssammenheng (7, 8). Med andre ord har NOKLUS-skjemaet et stort potensial som et effektiviserende hjelpemiddel i legers arbeidshverdag og i pasienters behandling, dersom man er bevisste på hvorfor og hvordan man velger å benytte seg av det (9, 10).

2 Teoretisk referanseramme

2.1 Medisinsk kommunikasjon

2.1.1 Hva er medisinsk kommunikasjon

Kommunikasjonen mellom lege og pasient er grunnleggende for relasjonen som bygges i møtet mellom legen og pasienten. Leger som mestrer kommunikasjonen som et verktøy oppnår mer detaljerte historier, bedre oppfølging av behandlingsplan og bedre kliniske resultater hos pasienter med kronisk sykdom (11, 12). Sjansen for at pasienten får rett diagnose og følger instruksjoner om behandling øker også betraktelig gitt at kommunikasjonen er god (13).

Ser man på pasientkommunikasjonen med et historisk blikk har utviklingen kommet langt. På 1900-tallet var det legens biologiske og tekniske kunnskaper som sto i sentrum, der den vitenskapelige diagnostikken og behandlingen ikke skulle la seg påvirke av kontakten man hadde med pasienten. Dette fokuset har gradvis dreid over mot pasienten (14). Utover 1900-tallet så man i den kliniske praksis et skifte, fra den omtalte, mer legesentrerte "disease-modellen" over til den pasientsentrerte "illness-modellen" som ble definert av Enid Balint i 1969. Fra "disease-modellens" fokus på legens sykdomsfokus og autoritære rolle, tar "illness-modellen" større hensyn til pasientens subjektive beskrivelse av symptomene og bekymringer rundt sykdommen og er i dag en foretrukket modell blant både pasienter og leger (4, 15).

Gudbrandsen & Finset definerer medisinsk kommunikasjon som utveksling av informasjon i arbeid som lege, eller annen helsefagarbeider (1). Dette inkluderer både verbal (språklig) og ikke-verbal (kroppslige uttrykk) informasjon. Begrepet informasjon omfatter ikke bare formidling av konkrete fakta, men også kroppslige signaler som gråt, latter og medmenneskelige uttrykk som innlevelse og empati. Denne informasjonsutvekslingen gjelder både mellom helsepersonell og pasient, mellom helsepersonell og pårørende og innad mellom helsepersonell. Gjennom kommunikasjonen kan behandler og pasient inngå et fellesskap der de sammen søker forklaringer og løsninger, og innbefatter medmenneskelighet som ingen hjelpemidler og behandling kan erstatte.

Videre beskriver Gudbrandsen & Finset formålet med medisinsk kommunikasjon:

1. *"Legen skal få tilstrekkelig informasjon til å forstå pasientenes tilstand og gi riktig behandling.*
2. *Pasienten skal få tilstrekkelig informasjon til å mestre livet så godt som mulig gitt sin tilstand.*
3. *Den skjer på kortest mulig tid og med minst mulig bruk av ressurser" (1, s. 14).*

2.1.2 Hvorfor søker pasienten lege?

Pasientens forståelse og holdninger avgjør om hjelp søkes, hva man tror man trenger og hva det er naturlig å fortelle legen.

Legen søker en forståelse av pasienten som vil være avgjørende når diagnose skal stilles og forslag til behandling bestemmes. Begrepet "*Communicare*" betyr "å gjøre felles", og det er dette den medisinske kommunikasjon søker, nemlig en felles grunn under legen og pasientens føtter (16). Det er flere ulike veier til denne forståelsen og ulike modeller er foreslått for å hjelpe en på vei. "Fire gode vaner" er norsk oversettelse av modellen "*Four habits*", opprinnelig en amerikansk modell for hvordan legen skal bygge tillitt, utforske pasientperspektivet, tilrettelegge for effektiv utveksling av informasjon, uttrykke empati og øke sannsynligheten for etterlevelse av de anbefalte behandlingstiltak (17). Denne modellen legger til rette for at legen kan gjøre sin jobb med å innhente tilstrekkelig informasjon, samtidig som at pasienten skal føle seg ivaretatt og hørt.

Et annet sentralt punkt som bør være på plass når medisinsk kommunikasjon skal utveksles, og som legger føringer for konsultasjonen, er at partene blir enige om dagsorden. Hva er det man skal bruke den avsatte tiden til å snakke om? Hva er det som betyr mest for pasienten? Utfallet for konsultasjonen avgjøres i stor grad her. Legen må fange opp pasientens problemer og bekymringer, og hva som pasienten vektlegger mest. Dersom en pasient kommer til årskontroll for sin diabetes og uttrykker bekymring fordi han opplever at det er vanskelig å administrere medisinene som er ment til å senke blodsukkeret, kan det oppstå problemer dersom legen velger å legge fokuset på livsstilsrelaterte tiltak som vektnedgang og kosthold for å regulere blodsukkeret bedre. Trolig vil utfallet være at pasienten ikke føler han fikk hjelp, mens legen på sin side tror han gjorde en god jobb. Konsultasjonens åpning skal gi pasient og lege en felles

oppfatning av hva konsultasjonen handler om- og trygghet for at dette faktisk er hva pasienten trenger hjelp med, ikke en forhastet slutning fra legens side. Det pasienten trenger hjelp med, kan være enkelt, teknisk sett, men allikevel svært komplisert å få til i praksis, hvis pasienten ikke får fortalt alle relevante fakta, eller har tanker og følelser som ikke passer med legens syn på hva som er fornuftig forståelse av årsak og behandling – kanskje engstelse, misoppfatninger, skam eller uvitenhet. Å forstå er lett – å forstå riktig er vanskelig (16).

2.2 Helsedokumentasjon

Helsevesenet har de siste 20 år gjennomgått en solid oppdatering i form av journalsystemer. Man har lett tilgjengelige oppslagsverk og samhandlingsverktøy, men likevel har man ikke sett de faglige gevinstene man hadde regnet med på forhånd. Dette gjelder særlig det å kunne presentere pasientens journal på en oversiktlig måte, der intensjonen har vært at graden av dobbeltarbeid skal reduseres i pasientens møte med ulike behandlere. Utfordringen og mye av forklaringen til mangelen på faglig gevinst ligger i mangfoldet av ulike aktører som tilbyr sine egne systemer til både sykehus og fastlegekontor. Systemene er bygd opp forskjellig og har ulike strukturer for hvordan pasientinformasjon skal registreres (18). Dokumentasjonsvariantene varierer mye. Man har journalføring som fritekst der man fører inn all informasjonen i et åpent felt som man selv kan organisere og prioritere notatets informasjon. En annen måte å dokumentere innhentet informasjon på, er i ferdigdefinerte felter hvor man fører spesifikk informasjon. Dette kalles for strukturerte journaler (19).

Helsedirektoratets har igangsatt et utredningsprosjekt hvor målet er å lage ett journalsystem der helsepersonell får en enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Dette skal sikre innbyggerne enkel og trygg tilgang til digitale tjenester og samtidig legger til rette for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning (20). I det pågående utredningsprosjektet *"Én innbygger, én journal"* står det blant annet at man ønsker *"én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere for å bidra til bedre helse, bedre resultat av helsehjelp og bedre utnyttelse av kapasitet."* (21)

Helsedirektoratet skriver videre at de generelle målsetningene for journalsystemet er økt brukerinvolvering, egenmestring og selvbestemmelse hos pasient. Samtidig er det

ønskelig at informasjonen kan brukes til helseovervåkning, kvalitetsforbedring og forskning (21). Med en økt brukerinvolvering, egenmestring og selvbestemmelse forstås det også en økt myndiggjøring av pasientene, noe som er essensen av dette forebyggende arbeidet. Denne myndiggjøring-, eller Empowerment-teorien som den også kalles, bygger på at man som helsearbeider skal legge til rette for at pasienten selv kan læres opp til ta ansvar for egen situasjon og behandling (22). Det handler om å gjøre mottakeren bedre i stand til å ta vare på egen helse og til å klare å definere særegne behov ut fra sin situasjon. Som helsepersonell er det en balansegang hvor man ikke skal ta for mye, men heller ikke for lite ansvar. Vi skal til en viss grad ta ansvar for pasientene, men skal samtidig skal det legges opp til en selvstendighet hos pasienten slik at han eller hun får hjelp til å ta ansvar for egen helse (23).

NOKLUS-skjemaet, utviklet av Norsk diabetesregister for voksne, er et eksempel på et ferdigstilt, strukturert journalsystem der leger og sykepleiere fører inn observasjoner, funn og organiske prøver som er gjort under konsultasjonen i definerte felter. Det gir dermed lite rom for å fange opp pasientens kvalitative ytringer i form av bekymringer, ideer og tanker rundt egen sykdom. Fokuset blir heller lagt på den konkrete og målbare informasjon som man kan hente fra hver enkelt pasient.

Det finnes i Norge i dag rundt 250 000 pasienter som lider av diabetes (24), men man antar at mørketallene er store og at så mange som 300 000 – 400 000 kan ha en form for diabetes. Årsaken til at man ønsker å behandle denne pasientgruppen er at sykdommen i seg selv er assosiert med en signifikant økning av prematur mortalitet og morbiditet relatert til kardiovaskulær sykdom, blindhet, nyre og nervesykdom og amputasjon (25). For å systematisere oppfølgingen struktureres informasjonen i NOKLUS-skjemaet og vil dermed kunne brukes til å få oversikt over pasientens målinger og eventuelle sykdomsprogresjon over tid.

De nye nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet angir en sterk anbefaling for bruk av NOKLUS-skjemaet ved årskontroller av diabetespasienter. Retningslinjene viser at bruken av et strukturert skjema som NOKLUS-skjemaet, ved årskontroller er med på å sikre at alle elementene som inngår i årskontrollen blir gjennomført og tas med (26).

2.3 Formål med studien

Mitt utgangspunkt var å gjøre et intervensjonsstudie med det formål å søke dypere forståelse av hvordan bruk av NOKLUS-skjemaet påvirker kommunikasjonen mellom pasient og lege. Etter å ha gjort litteratursøk fant jeg ingen studier som kunne si noe som omhandlet NOKLUS-skjemaets påvirkning av konsultasjonen, men dette ble nevnt i en oversiktsartikkel som omhandler bruken av skjemaet i primærhelsetjenesten. Her etterlyses det økt kunnskap om hvordan leger og pasienten opplever bruken av skjemaet (8). Praktiske årsaker og tilgang til konsultasjoner der NOKLUS-skjemaet blir hyppig brukt gjorde at jeg valgte å utforske spesialisthelsetjenestens bruk av skjemaet. I prosjektbeskrivelsen fremgikk følgende:

”Formålet med oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan bruk av NOKLUS-skjemaet påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient. Fem konsultasjoner vil foregå som normalt, der legen bruker skjemaet fritt, mens i de resterende fem vil legen introdusere skjemaet senere i konsultasjonen. Hvordan skjemaet påvirker kommunikasjonen vurderes ved å se etter likheter og ulikheter, sett fra lege og pasients subjektive oppfattelse i etterkant av hver konsultasjon.”

Opprinnelsen bak den planlagte intervensjon var hypotesen om at legene knyttet seg for sterkt til skjemaet og til de verdier og målinger som kommer frem. En tenkt konsekvens av dette var at den pasientsentrerte kommunikasjonen måtte vike for HbA1c, kolesterol, blodtrykk, medisindosering og andre viktige parametere i langtidsoppfølgingen av pasientene. Intervensjon ble forkastet etter første dag med datainnsamling. Årsaken til denne avgjørelsen var at legene som ble observert ved NLSH Bodø hadde rikelig erfaring med både NOKLUS-skjemaet og pasientkommunikasjon, og forventet derfor bruken av datamaskin og skjemaet til pasienten hadde fått snakke om sine tanker og følelser omkring egen sykdom. Det ble vurdert at man ville se samme tendens ved UNN Tromsø. Selve formålet med å utforske hvordan skjemaet påvirket konsultasjonen ble stående slik det fremkom i prosjektbeskrivelsen, men intervensjonen ble utelatt.

2.4 Problemstilling

Hvordan påvirker endokrinologer- og diabetessykepleieres bruk av NOKLUS-skjemaet konsultasjonens medisinske kommunikasjon?

3 Metode

3.1 Det kvalitative intervju som metode

Jeg har valgt en kvalitativ metode for min studie og benyttet meg av semistrukturerte intervjuer i møtet med intervjupersonen. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv. Formålet er deskriptivt, det vil si at man søker beskrivelser av intervjupersonens liv som er mest mulig nyansert. Isteden for å komme med kategoriseringer av et fenomen bør den kvalitative variasjonen og de mange forskjellene og typene komme til uttrykk (27). Metoden tillater at nye perspektiver får komme frem i lyset og kan dermed gjøre at resultatet en sitter igjen med ikke nødvendigvis er noe som var forutsett eller kjent fra tidligere. Samtidig kan erfaringene og refleksjonene sprike stort mellom intervjupersonene, noe som gjør at en må lete etter tema som går igjen hos flere og som til slutt kan resultere i ny kunnskap etter at materialet er grundig bearbeidet og analysert.

3.1.1 Intervjuet

I følge Kvaale og Brinkmann (27) er å intervjuet et personlig håndverk og kvaliteten avhenger av forskerens håndverksmessige dyktighet. Validering blir et spørsmål om forskerens evne til å kontrollere, problematisere og tolke resultatene teoretisk. Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer av intervjupersonene. Dette innebærer verken en åpen samtale eller en lukket samtale basert på et spørreskjema. Før intervjuene lagde jeg intervjuguide (Vedlegg 2) som dannet rammen for samtale og var ment til å dreie samtalen mot et bestemt tema - i dette tilfellet å utforske de erfaringer og refleksjoner diabetespasienter og deres behandlere hadde med NOKLUS-skjemaet. Intervjuguiden bar naturlig nok preg av tidligere nevnte hypotese. Samtidig som at hypotesen for oppgaven endret fokus, ble også intervjuguiden modifisert for å kunne undersøke nye ideer som dukket opp underveis.

3.2 Utvalg

Legene og sykepleierne hadde lang arbeidserfaring med sin pasientgruppe og felles for alle var at de arbeidet innenfor en spesialisert endokrinologisk avdeling ved et sykehus. Samtlige av pasientene var diagnostisert med diabetes som krevde medikamentell behandling og hadde alle samtykket til å bli fulgt opp ved hjelp av NOKLUS-skjemaet.

Dette var også det eneste inklusjonskriteriet. Aldersspennet var 25 – 80 år. Én av pasientene kunne ikke la seg intervjuet etter konsultasjonen grunnet barnepass og samtykket derfor til telefonintervju senere på dagen.

3.3 Litteratursøk

Jeg valgte hovedsakelig å gjøre litteratursøk i forskningsdatabasen PubMed for å skaffe en oversikt over hva som var gjort på forskningsområdet tidligere. Søkeordene jeg brukte var: *communication, computer, EHR (electronic health record), EHJ (Elektronisk helsejournal), information, scheme, form, diabetes, patient-centered care* og *NOKLUS*. Det ble i tillegg gjort manuelle søk i artiklenes referanselister for ytterligere litteratur samt enkelte søk i Googles søkemotor der jeg benyttet meg av setninger som "*NOKLUS diabetesskjema*", "*Årskontroll diabetes*" og "*NOKLUS ved diabetes årskontroll*". Det ble ikke gjort systematiske søk med nye gjennomganger av treffliste underveis i prosessen. Artiklene er, foruten om to artikler, alle skrevet på 2000-tallet. I tillegg til å hente inn relevante artikler gjennom litteratursøk mottok jeg også relevant litteratur fra mine veiledere.

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Rekruttering

Innsamlingen av materialet ble gjort i august 2017 ved NLSH Bodø og UNN Tromsø, der utgangspunktet var årskontroll av diabetespasienter. I forkant av datainnsamlingen i Bodø ble helsepersonell rekruttert ved hjelp fra veiledere. Det ble gjort avtaler med to leger ved NLHS Bodø som ville la seg observeres og intervjues. Det var et poeng at legene ikke visste hva som skulle observeres. Pasientene ble kontaktet i forkant av veileder for å sikre at de tillot at konsultasjonen ble observert og filmet av undertegnede, samt at jeg kunne gjøre et intervju i etterkant av konsultasjonen. Datainnsamlingen ved UNN, Tromsø viste seg å være mer utfordrende enn først antatt. Grunnet uforutsett sykdom ble det bare gjort observasjon av én lege, og nevnte lege kunne ikke la seg intervjuet i etterkant grunnet nær relasjon til studien. I tillegg er rutinene for diabetesårskontroller annerledes ved UNN, der leger og sykepleiere møter og undersøker pasienter sammen. Av denne grunn ble to diabetessykepleiere inkludert og intervjuet istedenfor legen. Pasientene ble rekruttert av behandlende leger og sykepleiere i forkant av hver konsultasjon. Det ble gjort påfølgende intervju av samtlige pasienter.

Grunnet undersøkelsesrommets fysiske begrensning ved UNN, Tromsø, måtte undertegnede på tre konsultasjoner vente utenfor undersøkelsesrommet og fikk dermed bare sett konsultasjonen på video i etterkant.

3.4.2 Transkripsjon

Alle konsultasjonene ble tatt opp på video og samtlige av intervjuene ble tatt opp med diktafon. Grunnet det omfattende arbeidet som ligger bak transkribering, samt mengden av innsamlet datamateriale, ble bare et utvalg intervjuer transkribert i sin fulle lengde. Alle video- og lydopptak ble sett og hørt gjennom flere ganger og interessante observasjoner ble notert ned.

3.5 Etikk

I startfasen av studien sendte jeg søknad til NSD/personvernombudet lokalt med en forespørsel om å kunne gjøre videoopptak av diabetesårskontroller med påfølgende intervju av behandler og pasient. Positivt svar fra personvernombudet forelå 02.05.17 (Vedlegg 3). Søknad til REK ble vurdert å ikke være nødvendig siden dette prosjektet i henhold til Helseforskningsloven ikke vil kunne gi "ny kunnskap om helse og sykdom". Angående personvern stilles det en rekke krav for gjennomføringen. Alle deltakere skrev under på samtykkeskjema (Vedlegg 4), de ble anonymisert for dermed å ikke kunne gjenkjennes og krav til oppbevaring av det innsamlete datamaterialet ble fulgt (Vedlegg 5). Deltakere fikk både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, samt beskjed om at de kunne trekke seg når som helst i prosessen.

4 Analyse

4.1 Systematisk tekstkondensering

Til å analysere innhentete datamateriale har jeg latt meg inspirere av Malteruds kvalitative metode Systematisk tekstkondensering (STC) (28). Metoden er enklere for en nybegynner i feltet, samtidig som at det ikke er behov for en dyp innsikt i fenomenologiens filosofi. Dette gjør det lettere å ha oppmerksomheten rettet mot innholdssiden av analysen(29). Malterud beskriver i boken "Kvalitative metoder i medisinsk forskning" flere ulike metoder, blant annet Grounded Theory utviklet av Glaser og Strauss på 1960-tallet og den fenomenologiske analyse utviklet av Giorgi (28s. 96). Systematisk tekstkondensering er en modifisering av Girogis fenomenologi. Innenfor fenomenologien er forskerens primære oppgave å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør og deretter beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig (27). Å fange essensen av deres erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger vil kunne legge grunnlag for kunnskapsutvikling.

Systematisk tekstkondensering bygger på flere trinn. I følgende avsnitt gjengir jeg metodes fremgang i korte trekk (28):

1) *Få et helhetsinntrykk av datamaterialet*

I følge Malterud starter man første fase med å skaffe seg en fullstendig oversikt over det innsamlede materialet. I dette trinnet skal ikke intervjupersonens stemmer overskygges av egen forforståelse, det er fugleperspektiv som gjelder og man skal derfor lese gjennom materialet uten forutinntatte teorier. Deretter noterer man ned potensielle temaer for videre analyse.

2) *Identifiserer de meningsbærende enhetene*

I andre fase lager Malterud meningsbærende enheter ut fra den transkriberte teksten. Dette er tekst som er relevant for problemstillingen. Annen tekst sorteres vekk. Hun koder den relevante teksten og kobler dem opp mot de ulike tema fra første fase. Gjennom denne prosessen gjennomgår sitatene en dekontekstualisering, der deler av teksten klippes ut av sin opprinnelige sammenheng og legges i en sekk med liknende, beslektede utdrag. Etter hvert som andre fase progredierer er det rom for å lage nye

koder eller fusjonere koder, dersom man ser et behov for å skille eller samle enkelte sitater.

3) *Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene*

I tredje fase skjer det en systematisk kondensering der man henter ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som samlet i ulike kodegrupper. De meningsbærende enhetene innenfor en kodegruppe sorteres i subgrupper med det formål å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger. Deretter lages et kondensat – et kunstig sitat av subgruppene. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, helst med å bruke deltakernes egne, opprinnelige ord og begreper.

4) *Sammenfatter en betydning av dette.*

Siste fase går ut på å rekontekstualisere. Der skal man med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene utarbeide en analytisk tekst for hver kodegruppe. Man skal formidle til leseren hva materialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Man skal også vurdere om resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet ut fra, altså sitatene fra informantene.

4.2 Analyse av datamaterialet

Metoden systematisk tekstkondensering fungerte som veileder for hvordan jeg på en adekvat måte skulle analysere datamaterialet jeg hadde samlet inn. Jeg dannet på forhånd følgende tabell basert på min tolkning av STC som videre skulle være min fremgangsmåte i analysen:

| DEL 1 | Del 2 | Del 3 | Del 4 |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| Potensielle temaer for videre analyse | Identifisering av meningsbærende enheter og systematisering av dem. | Abstraksjon av innholdet i de meningsdannende enhetene | Sammenfatte en betydning av disse. |

For å bli best mulig kjent med materialet begynte jeg, som Malterud beskriver, med å se og høre gjennom datamaterialet. Jeg forsøkte å legge min forforståelse til side og forsøkte å se det fra deltakernes perspektiv. Etter første gjennomgang hadde jeg notert ned ulike forslag som alle kunne være senere tema.

Etter at jeg hadde dannet meg en oversikt over datamaterialet og notert ned mulige tema, gikk jeg grundig gjennom hvert enkelt videoopptak og hørte påfølgende intervju av pasient og behandler. Jeg noterte ned observasjoner og sitater som utmerket seg og vekket min nysgjerrighet. Etter at jeg hadde gjennomgått materialet to ganger satt jeg igjen en liste med meningsbærende enheter. Disse ble kodet og systematisert slik at like sitater eller observasjoner ble plassert sammen. Dette kaller Malterud for en systematisk dekontekstualisering. Bare sitater som jeg anså som relevante til min problemstilling ble tatt med, resten ble forkastet og utelatt for videre analyse.

De kodede observasjonene og sitatene gikk gjennom en meningsanalyse der jeg gjorde en abstraksjon av innholdet i de meningsdannende enhetene som fanget informantenes mening, erfaring eller opplevelse. Jeg merket de ulike abstraksjonene slik at jeg visste hvilken informant det kom fra. Senere vurderte jeg disse opp mot det originale videoopptak/lydopptak, og kunne dermed vurdere hvorvidt det var noe som informanten ville sagt seg enig i. På dette punktet avviker jeg fra Malterud, og nærmer meg Giorgi som *"anbefaler at en gjennomgår hvert enkelt sitat av de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe og omskriver det konkrete innholdet i tekstbiten til en abstrakt mening (28, s. 105)"*. Jeg dannet altså ingen subgrupper og følgende kondensat på bakgrunn av de meningsbærende enhetene, men hentet heller ut essensen av hvert enkelt sitat som jeg kunne bruke i siste fase der jeg gjorde jeg en rekontekstualisering. Dette innebar at jeg skrev en analytisk tekst for hver av kodegruppene jeg sto igjen med, der utgangspunkt i de ulike abstraksjonene fra kodegruppene.

5 Resultater

Oversikt over konsultasjonene:

Antall observasjoner: 10

Antall observasjoner lege – pasient: 6

Antall observasjoner lege – sykepleier – pasient: 3

Antall observasjoner sykepleier – pasient: 1

Antall intervjuer av pasienter: 10

Antall intervjuer av leger: 2

Antall intervjuer av sykepleiere: 2

Tid videoopptak: 5 timer og 20 minutter

Tid lydopptak: 42 minutter.

På bakgrunn av det som fremkom gjennom mitt datamateriale, har jeg avdekket og isolert temaer som jeg mener representerer informantenes tanker, erfaringer og betraktninger rundt NOKLUS-skjemaets plass i konsultasjonen. Disse ble: *Felles forståelse, Pasienten som egenbehandler, Behandlingsstøtte og Skjemaet som et effektiviserende verktøy.*

De temaer som ble forkastet ble dette grunnet mangel på relevans til problemstillingen, eller fordi det ikke var gjengitt fra informantene i den grad til at de kunne danne en egen kodegruppe, eller passe inn i en annen kodegruppe. *Motivasjon og frykt for skjemaet* er eksempler på tema som ble utelatt videre analyse.

5.1 Felles forståelse

Jeg erfarte gjennom observasjon og intervjuer at NOKLUS-skjemaet tydeliggjorde og strukturerte kommunikasjonen mellom lege og pasient. I mine observasjoner kom det frem at skjemaet var til nytte når partene formidlet informasjon seg i mellom. Lege 2 påpekte at skjemaet viser utviklingen av pasientens sykdom, som dermed la grunnlag for diskusjon rundt pasientens opplevelse og mestring av sykdommen. Ved at partene forsto hverandre bedre og kunne diskutere rundt målingene, mente lege 1 at det oppsto et læringspotensial også for legen, der pasienten kunne forklare endringer i skjemaets trender, for eksempel ved en bedring av HbA1c:

"Jeg lærer masse om hvordan pasientene håndterer sin diabetes. Jeg har lært meg hvordan man kan justere ned basaldose ved hjelp av fysisk aktivitet. Det er pasientene som har lært meg hvordan de gjør det når de har et problem. De er eksperter på egen sykdom, så ofte føler jeg at jeg kan lære mye av å høre hvordan de lever og behandler sin tilstand og sykdom." – Lege 1

Pasient 3 beskrev skjemaet som et pedagogisk verktøy som visualiserte de ulike målingene på en forståelig måte: *"Jeg synes ikke legen viet for mye tid til skjemaet. Vi har alltid brukt å se på verdiene og diagrammene. Liker det!"* Den økte forståelsen ble også nevnt av pasient 4 som sa:

"Med det skjemaet så vet jeg hva som er hva. Jeg slipper å lure og i ettertid tenke på hvordan det var". Videre sier pasient 4: *"Hvis jeg ikke hadde hatt skjemaet der for hver gang så hadde jeg heller antakelig kommet til å spurt mer om hvordan prøven er".*

En pasient hadde ikke fått tildelt de opplysninger som fremkom fra skjemaet, og følte derfor at legen satt med informasjon og en forståelse som også hadde kunne komme henne til nytte.

"Hadde jeg fått sett skjemaet og sett min kurve tilbake i tid kunne jeg brukt det som en motivasjon til å forbedre meg, eller sett når det var bra og når det var dårlig, etter hvilken situasjon man var i, i livet. For eksempel: hvis jeg hadde en dårlig periode i 2012, hva gjorde jeg da og hva gjorde jeg for å forbedre det?" – Pasient 10.

5.2 Pasientens egenbehandling

Når man lever med diabetes kreves det kontinuerlig oppfølging og det er pasienten selv som er den viktigste behandler av sykdommen. Pasientene ga uttrykk for var at dess mer deres eget forståelsesgrunnlag økte, dess bedre forutsetninger opplevde de å ha for å vurdere behovet for videre behandling. Mine observasjoner viste også at skjemaet skapte et større engasjement tilknyttet egenbehandling. Pasientene uttrykte både interesse og nysgjerrighet rundt det skjemaet viste: *"det er alltid en spenning knyttet til resultatet av målingene, særlig sammenliknet med hvordan de siste målingene er. (...) Jeg*

synes skjemaet er kjempegreit – jeg har det med meg i pengeboken. Skulle det skje noe så har jeg nyeste info tilgjengelig”. – Pasient 3

For behandlerne del opplevde de at pasientens økte engasjement førte til at de tok mer ansvar for behandlingen, ettersom de var mer involverte og informerte. *”Vi er rådgivere, de gjør jobben”*. Med dette presiserte lege 2 sin rolle i behandlingen, der den primære oppgave er å sørge for at pasienten har de beste forutsetninger for å leve godt med sykdommen, men at det samtidig er pasienten selv som i stor grad påvirker behandlingsresultatet. Legene rapporterte også at pasientene var nysgjerrige og ville se de tidligere resultatene og sammenlikne det med de siste målinger.

Ved å introduseres og inkluderes i skjemaet kom det også frem at pasientene følte nytte av å se utviklingen selv da de kunne relatere det til eget liv og egen hverdag.

”Det er en fin oversikt og som jeg kan ta med hjem. Jeg kan sammenligne skjemaene etter hvordan de var forrige gang.” - Pasient 6

5.3 Beslutningsstøtte

Gjennom mine observasjoner og intervjuer så man at skjemaet ble brukt til å sette mål for behandlingen. Behandlerne og pasientene fikk en oversikt som gjorde at de sammen tilpasser videre behandling etter pasientenes ønske og kapasitet. Sykepleier 2 sa:

Jeg tenker at man endrer ambisjonsnivået litt hvis man vet at pasienten over tid har lagt med høyt langtidsblodsukker. Man tenker at 9% i HbA1c er bra for pasienten. Hvis man ikke kjenner pasienten [...] da er det greit å kunne se det ut i fra oversikten i skjemaet. Denne pasienten har lagt med et høyt blodsukker over tid og derfor skal man kanskje hos disse pasientene fokusere på andre ting, enn hos en pasient som har hatt et godt regulert blodsukker.

Pasient 5 fikk gjennom konsultasjonen vite at hun hadde et dårlig regulert blodsukker og sa følgende: *”Jeg fikk i sommer lagt inn blodsuktermåler på magen som har svinget kraftig og den er lagt inn på skjemaet. Vi fikk snakket mye om det, og ut fra oversikten var det tydelig at jeg trenger hjelp til å regulere blodsukkeret mitt”*.

Det ble rapportert fra behandlerne at skjemaet fungerte som en beslutningsstøtte som gjorde det enklere å la pasienten delta i behandlingsplanen, samt at det styrket beslutningsevnen på bakgrunn av de opplysninger som fremkom i skjemaet. Oppfølgingen av sykdommen er kompleks og krever overvåkning av flere organsystemer. Lege 2 fortalte at: *"Det er en slags beslutningsstøtte. Man ser hva man har gjort og hva man ikke har gjort. Det er fort å se at man ikke har målt BT, at pasienten ikke har vært hos øyelege eller at man har glemt å sjekke føttene."*

5.4 Skjemaet som et effektiviserende verktøy

For behandlerne som er under et kontinuerlig tidspress hvor man skal ivareta pasientene og legge en god behandlingsplan, er tiden en knapp ressurs. Samtlige av behandlerne opplevde at NOKLUS-skjemaet var et tidsbesparende verktøy, mye grunnet muligheten for en rask oversikt, i tillegg til at informasjonen er samlet på ett sted. Sykepleier 1 sier det krever en viss investering av tid når man først begynner å følge pasienten med skjemaet, men når det er gjort letter det på arbeidet senere.

Sykepleier 2 følte hun fikk hjelp til å hente inn den nødvendige informasjonen, både i forkant av, og under konsultasjonen: *"Stort sett synes jeg det er nyttig fordi det blir en slags huskeliste, [...] man har oversikten der. Det er bedre enn ingenting, for det å lete gjennom en lang journal, det kan være vanskelig."*

Lege 2 sa følgende om bruken av skjemaet som et effektiviserende verktøy:

"Det er oversikten som hjelper meg. Å måtte bla gjennom mange tidligere journalnotat gjorde meg tidligere frustrert. [...] Totalt sett tror jeg man bruker mindre skjermtid på NOKLUS enn hvis man skal hente inn samme informasjon på DIPS og ofte orker man ikke å hente inn informasjonen på DIPS."

Lege 1 illustrerte hvordan hun med få tastetrykk fikk overført dataen som var registrert den dagen i NOKLUS-skjemaet til en ferdig tekst som hun lastet opp i epikrisen som ble sendt ut i ettertid. Hun fortalte at hun ofte måtte gjøre endringer og legge til tekst, men at det likevel gjorde at hun sparte inn noen minutters arbeid.

6 Diskusjon

I følgende diskusjonsdel vil jeg gå nærmere inn på hvert av funnene som ble presentert i resultatdelen. Jeg vil også vurdere hvorfor informantenes tilbakemeldinger i overveiende grad er positive. Bakgrunnen for diskusjonen vil være relevant litteratur tilhørende hvert tema. Jeg vil til slutt se funnene mine på et overordnet nivå, der jeg vil vurdere refleksivitet, validitet og relevans, samt drøfte pasienter og behandlere holdninger til NOKLUS-skjemaet.

6.1 Felles forståelse

En felles forståelse innebærer blant annet at pasient og behandler i konsultasjonen oppnår enighet omkring tre ulike aspekter: Problemets natur, mål og prioriteringer for behandling og en rolleavklaring for videre behandling (30). Partene møtes med et ulikt utgangspunkt for å forstå pasientens situasjon. Legen har gjennom utdannelsen et syn der en ser på sykdom som et biologisk avvik, mens pasienten møter sykdommen som en opplevd tilstand. I boken "Sykdommens mening" presenterer Svaneus (14) en kasuistikk om en pasient som er blitt fremmedgjort fra sin livsverden grunnet sin nydiagnostiserte diabetes type 2. For behandlende lege betyr pasientens diagnose cellereseptorer som ikke reagerer på en tilfredsstillende måte, og videre tiltak blir å foreskrive medikamentell behandling og oppfordre til livsstilsendring for å behandle tilstanden. For pasienten derimot handler det ikke bare om innta legemidler med ulike bivirkningsprofiler og forbehold som må tas. Det handler også om en omlegging og korrigerende av de vaner som er innarbeidet over tid. En livsstilsendring innebærer endret kosthold, økt mosjon og vektnedgang. Til tross for at disse tiltakene iverksettes er det fortsatt en økt risiko for alvorlige sykdommer og komplikasjoner knyttet til diagnosen. Svaneus skriver videre at man som helsepersonell, for å lykkes i behandlingen, må vie tid til og krefter til pasientens helhetlige livssituasjon – se pasientens væren-i-verden. Det er pasienten som må forandre livet sitt og hvis den profesjonelle hjelper skal lykkes med å få pasienten til å forstå og ville det, må en møte pasientens følelser og tanker fremfor diagnosen (14).

Mine funn viste at NOKLUS-skjemaet kunne være med på å styrke forståelsen hos begge parter, samt bringe dem sammen slik at de kunne forstå hverandres syn på sykdommen

og videre avgjøre hvilke tiltak som kunne være aktuelle, og hvorfor det gitte tiltak var aktuelt.

Det er ikke gitt på forhånd at behandler og pasient opplever skjemaet som konstruktiv for konsultasjonen. Det krever tid til å overbringe og å oppfatte informasjonen som gis. I tillegg trenger pasienten et vist kunnskapsgrunnlag og interesse for å forstå. Man kan dermed også se for seg et scenario der skjemaet blir en fallgrube for behandler som kan skape både uklarhet og usikkerhet hos pasient. Dette er en generelt fryktet konsekvens med helsemyndighetenes satsning på strukturerte skjemaer (31). Dersom legen i for stor grad fokuserer på skjemaet og vurderer pasienten sykdomsutvikling og behov ut fra det, kan dette overskygge den pasientsentrerte konsultasjonen. Konsekvensen kan være at skjemaet styrer behandlingen uten at pasienten har fått delt sine tanker.

6.2 Pasientens egenbehandling

Mine funn viser at behandler kan bruke NOKLUS-skjemaet til å formidle informasjon til pasienten på en pedagogisk måte der pasientens biokjemiske og fysiske målinger som HbA1c, lipidverdier og vektforandring blir visualisert og forklart i form av grafer som også angir et gitt tidsperspektiv. Ved kroniske sykdommer sies det at pasientens kunnskaper om sykdommen er like viktig som medisineringsen som kreves i behandlingen (32), og opplæring er en del av behandlingen (33). Helsepersonell gir pasientene mye informasjon. For at pasienten skal bruke denne til å danne seg et kunnskapsgrunnlag og dermed være i stand til å bli en aktiv part i behandlingen, er det poengtert i Pasientrettighetsloven §3-5 at helsepersonell skal ta pasientens forutsetninger for læring i betraktning når informasjon skal overbringes (34). Først når informasjonen er forstått, er informasjonen gitt. Når man er kommet så langt at pasienten er adekvat informert vil man ta stilling til aktuell behandling.

Noen pasienter påpekte at de i større grad kunne, men også turte å delta i diskusjonen omkring behandlingen. Særlig for pasienter med insulinkrevende behandling er det alltid en overhengende fare for at pasienten administrerer for store doser insulin og dermed får et for lavt blodsukker, det som på folkemunne kalles for "føling". For de pasientene som opplevde økt forståelse og dermed mestring i hverdagen, følte dem seg tryggere i sine behandlingsvalg. For de pasientene som ønsket at behandler skulle styre

og bestemme behandling og dosering, ble det også sagt at skjemaet gjorde dem trygge på at legen hadde en god oversikt over situasjonen, og dermed stolte på at det behandler foreslo var rimelig. På den måten kunne legen innhente informasjon, formidle dette til pasienten og pasienten kunne så føle seg ivaretatt.

Egon Vilfladt og Liv Hopen skriver i sin bok Helsepedagogikk: *"Når hverdagslige erfaring og fagkunnskap møtes og pasienten får faglig hjelp, støtte og trygghet til å gjøre bruk av egne erfaringer, øker sjansen for at behandlings- og treningsplaner lar seg gjennomføre i praksis"* (32). Når pasientene opplevde å inkluderes i behandlerens tolkning av skjemaet kunne de følge opp med å hjelpe behandler å forstå de ulike målingene. De kunne da se sammenhenger mellom deres levevaner og hvordan dette påvirket blodprøver og vekt. De kunne også reflektere sammen med behandler om resultatene, og tolke målingene ut fra livssituasjon. Dette gjorde det lettere for dem å være bevisst hverdagens innvirkning på sykdommen. Eksempelvis kunne en kvinne forklare at en periode av grafen med gode målinger av langtidsblodsukkeret skyldes at hun hadde vært gravid innenfor det tidsrommet, og at blodsukkeret hadde økt i etterkant da hun ikke maktet å behandle seg selv, samtidig som at hun tok seg av sitt barn. På denne måten fikk pasientene formidlet informasjon tilbake til legen, som kunne tas i betraktning videre. De kunne sammen søke etter de gode tiltakene hun gjorde under graviditeten, og diskutere om hun kunne klare å gjøre noe liknende for å redusere blodsukkeret nå i etterkant.

6.3 Beslutningsstøtte

Beslutningsstøtte kan defineres som organisert bearbeiding av informasjon til dem som skal ta avgjørelser (35). Intensjonen er å hjelpe pasienter til å delta i beslutninger som involverer en refleksjon over de fordeler og ulemper som følger med et behandlingsvalg (36). For at en beslutning skal kunne tas er det en forutsetning at pasienten er tilstrekkelig informert og har samtykke til behandlingen. Samtidig skal legen finne intervensjonen forsvarlig etter de gitte retningslinjer.

Gjennom konsultasjonene ble det observert at skjemaet kunne hjelpe begge parter med å holde oversikten, samtidig som at det også minnet legene på å hente inn den nødvendige informasjonen slik at beslutningene som ble tatt var basert på gode vurderinger. For pasienter med en kronisk lidelse som diabetes kan man iverksette en

rekke tiltak for å behandle tilstanden, som potensielt sett kan manifestere seg som alvorlig sykdom. Pasienter med diabetes type 1 er avhengige av insulininjeksjoner som kan administreres via penner eller pumper, mens for pasienter med diabetes type 2 har man både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Gjennom en beslutningsstøtte vil man heve det pasientsentrerte fokuset, der pasientens egne verdier og preferanser blir hørt. I tillegg viser det seg at når kvaliteten på behandlingen øker, så vil også behandlingsplanen følges opp i større grad (37).

6.4 Skjemaet som et effektiviserende verktøy

Det stilles store krav til en god konsultasjon. Den skal både være konstruktiv og effektiv, og helst oppleves tilfredsstillende av både behandler og pasient. En konstruktiv konsultasjon bygger på behandlers forståelse av pasientperspektivet (38), mens en effektiv konsultasjon betyr at behandler og pasient oppnår samme forståelse av pasientens problem og dermed kan planlegge og utføre videre tiltak. På mange måter er konsultasjonens effektivitet avhengig av god, klinisk kommunikasjon.

I møtet med behandlerne som benyttet seg av NOKLUS-skjemaet ble det fortalt at skjemaet var til nytte i en travel hverdag der tiden til å forberede seg til neste konsultasjon ofte kan være knapp. Med et raskt blick på dataskjermen følte både leger og sykepleiere at de hadde et godt innblikk i pasientens diabeteshistorikk. Edvin Schei skriver i boken *"Lytt!"* at dårlig forberedelse i forkant av konsultasjon på grunn av travelhet og uoppmerksomhet, ofte fører til legefeil (16).

En studie gjort av Rosland og Aasland viser at leger i 2014 brukte kortere tid til pasientmøter, sammenliknet med det en gjorde i 1994. Man mener dette skyldes flere ulike faktorer. Et økende krav til dokumentasjon og økt bruk av elektroniske journalsystemer påstås å være to av tidstyvene (39). Litteraturen viser at strukturerte elektroniske journaler kan komme i veien for kommunikasjonen da datamaskinen i seg selv kan virke forstyrrende. En sykepleier fortalte at innføringen av NOKLUS-skjemaet ble møtt med skepsis blant brukerne. Dette fordi man ikke ønsket enda et dokumentasjonskrav som tok opp tid og ressurser. Samme sykepleier fulgte opp med å si at det etter hvert gikk seg til, og at skjemaet fint lot seg inkludere i konsultasjonen

etter de hadde fått tilstrekkelig erfaring med å bruke det, uten at det tok opp for mye plass.

Man frykter at Helsedirektoratets forventninger om en strukturert journalføring vil komme i veien for pasientenes subjektive beskrivelser og dermed sette journalen i sentrum (31). For helsepersonell oppstår det utfordringer når man skal makte å hente inn tilstrekkelig med relevant, korrekt informasjon samtidig som pasienten skal føle seg ivaretatt, hørt og fått dele sine subjektive tanker og bekymringer rundt sykdommen. Det stilles her et krav til både journalsystem og behandler. Tiden kan være en knapp ressurs og det vil ofte være utfordrende å kommunisere når begge parter skal si sitt (16).

6.5 Informantenes tilbakemeldinger

NOKLUS-skjemaet passet godt for å utforske et strukturert skjemas påvirkning av konsultasjonen. Skjemaets formål er å systematisere og registrere informasjon og biokjemiske målinger som har betydning for langtidsprognosen og behandlingen av diabetespasienter. Det kan her oppstå en konflikt når pasientens opplevelse og bekymring også skal høres og tas hensyn til. Mine resultater viser at skjemaet hadde en positiv innvirkning på den medisinske kommunikasjon under konsultasjonene der pasientene følte seg ivaretatte, samtidig som at behandler kunne hente inn den nødvendige informasjonen for å bestemme videre behandling. Det kan være flere årsaker til at elementer som ikke var en del av skjemaet likevel ble ivaretatt.

For det første ble samtlige av konsultasjonene holdt av endokrinologer eller leger i spesialisering for å bli endokrinolog og sykepleierne som deltok var videreutdannede diabetesykepleiere. Behandlerne hadde dermed mye erfaring med både pasientgruppen og NOKLUS-skjemaet. Grunnet mengdetreningen med NOKLUS-skjemaet kunne behandlerne la skjemaet henge som et bakteppe gjennom konsultasjonen, der behandler kunne fristille seg fra skjema og hente inn nødvendig informasjon uten å aktivt gå systematisk gjennom skjemaet. For det andre var rammen og dagsordenen for konsultasjonen i stor grad satt på forhånd, da pasientene kom til en planlagt årskontroll grunnet sin diabetesdiagnose som innebærer rutinemessige spørsmål og undersøkelser. For både pasient og behandler innebar dette en viss

forutsigbarhet og en idé om hva som ventet av spørsmål og undersøkelser. Behandlerne hadde også satt av omkring 60 minutter til hver konsultasjon. Dette gjorde at de hadde god tid til å høre pasientens tanker rundt sykdommen og hvilke utfordringer de kjente mest på, i tillegg til å gjøre de nødvendige undersøkelser som hører med i en årskontroll.

I tillegg til at pasient og behandler hadde kjennskap til konsultasjonen gang, hadde de også i varierende grad kjennskap til hverandre. I flere av konsultasjonene hadde behandler og pasient møttes regelmessig over mange år og noen hadde også jevnlig telefonkontakt. De hadde en god relasjon til hverandre, noe jeg mener bidro til å vinkle resultatene i en positiv retning. I de konsultasjonene hvor lege eller sykepleier ikke hadde samme, gode relasjon til pasienten ble det observert at begge parter var mer distanserte og trengte mer tid til å komme seg gjennom konsultasjonen. I disse tilfellene mener jeg at behandlerens erfaring med både diabetespasienter og NOKLUS-skjemaet i stor grad bidro til å gjøre konsultasjonen til en god opplevelse for pasienten.

Oppfølgingen av pasienter med diabetes er fordelt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste og hvor pasienten møter opp til årskontroller avgjøres av sykdommens progresjon, komplikasjoner og komorbiditet (40). Det ville være interessant å se hvordan pasienter, sykepleiere og leger vil respondere dersom samme studie ble gjort i primærhelsetjenesten, der man ikke nødvendigvis har avsatt like mye tid til konsultasjonen. Det vil også være spennende å observere uerfarne leger eller sykepleiere, med mindre kjennskap til både skjema og pasientgruppen, og som samtidig manglet en tidligere etablert god relasjon til pasienten.

6.6 Diskusjon av metode

Gjennom min kvalitative tilnærming til oppgaven var målet å få en dypere forståelse av de involverte parters opplevelser og erfaringer i møtet med NOKLUS-skjemaet. Prosesseringen av innsamlet datamateriale var inspirert av metoden systematisk tekstkondensering.

I følgende avsnitt vil jeg vurdere min rolle som forsker, datamaterialet og utvalget. Jeg vil også reflektere rundt studiens gyldighet og troverdighet, før jeg ser på oppgavens relevans.

Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at en erkjenner og at en overveier betydningen av ens eget ståsted i forskningsprosessen. Det handler også om at en som forsker må lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner (28) og være dem bevisste gjennom observasjon, intervju og analyse av data. Ved å erkjenne at forforståelsen påvirker en gjennom prosessen, kan dette være med å styrke studiens pålitelighet. Refleksivitet handler også om forskerens rolle i intervjusituasjoner og hvordan det påvirker informantens svar (41).

Under utarbeidelse av intervjuguide og gjennom analyseprosessen tilstrebet jeg en løpende refleksjon og objektivitet knyttet til egen forforståelse samt tanker og holdninger til observasjon og intervjuer med både pasient og behandlere. Min hypotese som ble forkastet er et eksempel på hvordan jeg som student hadde dannet meg forestillinger om hvordan et strukturert skjema kunne påvirke konsultasjonen. Denne forutinntattheten ble motbevist gjennom feltarbeidet, noe jeg anser som en styrke da det åpnet for at jeg kunne analysere materialet uten samme forforståelse og med økt nysgjerrighet.

Jeg er bevisst min rolle som medisinstudent, og er klar over at mine funn bærer preg av denne rollen. Denne rollen påvirket meg i utarbeidelsen av intervjuguiden og det påvirket også informantenes møte med meg som intervjuer. Jeg forsøkte å danne en åpen intervjuguide, for at min forforståelse ikke skulle komme i veien og begrense pasientens historier. Et interessant spørsmål en kan spørre seg, er om resultatet kunne blitt reproduisert på andre tidspunkter av andre forskere. Et annet spørsmål er om intervjupersonene ville endret sine svar dersom de hadde møtt noen andre enn en medisinstudent.

I tillegg til å reflektere over min rolle som forsker, vil jeg også vi litt om mitt perspektiv til det innsamlede datamaterialet. Som kvalitativ forsker kan jeg møte materialet med ulike tilnærminger og se det fra ulike perspektiver. I min analyse av materialet valgte jeg å tolke det som ble sagt under konsultasjonen og intervjuene med det formål å ta del i, og kartlegge informantens verdensanskuelse. Et alternativ kunne være å i større grad

fortolke det som ble observert og analysere konsultasjonen og intervjuer fra et overordnet nivå. Dette ville krevd bearbeiding av materialet på en annen måte og en modell som kunne hjelpe meg å sortere materialet. Å analysere materialet på et overordnet nivå kunne åpnet opp for nye observasjoner som kunne vært utgangspunkt andre tema og besvart andre spørsmål (utforsket behandler pasientens motivasjon for endring? Hvordan reagerte behandler på cues?).

Validitet

Er mine funn og valg av metode relevant når man skal vurdere NOKLUS-skjemaets påvirkning av den medisinske kommunikasjon? Vil mine funn kunne være relevante andre steder hvor man bruker NOKLUS-skjemaet i møtet med pasientene? Vil det være enighet om mine funn hos både spesialiserte endokrinologer og fastleger som bruker skjemaet? Validitet defineres som en uttalelser sannhet, riktighet og styrke. Det har også å gjøre med hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke - "i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om"(27). Senere har begrepet blitt utvidet av Cronbach til å være en åpen prosess der det å validere er å undersøke: Validering er ikke bare bekreftelse; det er en prosess til utvikling av mer holdbare fortolkninger av observasjoner (27). Man deler validitet inn i intern og ekstern validitet, der intern validitet handler om valget av metode belyser problemstillingen, mens ekstern validitet sier noe om overførbarheten fra studiens lokale kontekst til andre populasjoner og områder.

Når det gjelder den interne validitet mener at jeg at metoden systematisk tekstkondensering er en godt egnet metode for å belyse min problemstilling. Dessverre ble analysen mangelfull da jeg ikke maktet å følge Malteruds metode systematisk tekstkondensering, slik hun beskriver den i boken *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Som uerfaren forsker burde jeg ikke latt min intuisjon gå foran en anerkjent forskningsmetode. Metodebeskrivelsen er ment for at den uerfarne skal kunne gjennomføre metoden på en mest mulig sikker måte, der sjansen for å begå feil minskes. Siden jeg arbeidet alene gjennom hele prosessen, så kunne jeg med fordel begrenset datamateriale, som besto av både intervjudata og observasjonsdata. Dette for å lette på den systematiske håndteringen og organiseringen av materialet. Hadde jeg arbeidet sammen med en annen person kunne det lagt grunnlag for diskusjon som åpnet opp for

nye syn og tolkninger av konsultasjonene som ble observert og intervjuene som ble gjort. Disse feilene svekker fortolkningen av datamaterialet og gjør at det må stilles spørsmålstegn ved studiens interne validitet. Dette gjør det vanskelig å etterprøve studien.

Angående den eksterne validitet består utvalget av ti pasienter, to leger og to sykepleiere, noe som er lite når man tenker sykdommens prevalens i den norske befolkning og det antall behandlere som daglig møter denne pasientgruppen. Pasienter og behandlere er godt fordelt med tanke på kjønn og varierende alder, noe som er styrkende for funnene. Data er hentet inn fra to ulike sykehus der informasjonen som er gitt fra både behandlere og pasienter i stor grad samsvarer.

Relevans

Relevans handler om hvorvidt studien tilfører noe nytt til den kunnskapen som allerede eksisterer på området fra før. Angående bruken av NOKLUS-skjemaet er det gjort forskning innen allmennpraksis som viser at det kreves lengre oppfølgingstid og flere deltakere før man kan si noe om bruken av skjemaet fører til signifikant reduksjon i diabetesrelaterte komplikasjoner og for tidlig død. Det etterlyses også mer informasjon om hvordan leger og pasienten opplever bruken av skjemaet(8). Grunnet helsemyndighetenes satsning på strukturerte pasientjournaler i fremtiden, mener jeg oppgaven er relevant fordi den utforsker hvordan kommunikasjonen mellom lege og pasient kan påvirkes, dersom en legger for mye fokus i skjemaet og dermed overser pasientperspektivet.

7 Konklusjon

Det finnes mye tidligere forskning gjort på hvordan leges bruk av datamaskin påvirker konsultasjonens kommunikasjon. Man finner også forskning gjort på hvordan innføring av strukturerte pasientjournaler kan påvirke konsultasjonen positivt (42). Denne studien hadde til formål å søke en dypere forståelse for hvordan leger og sykepleieres bruk av NOKLUS-skjema påvirket konsultasjonen, sett fra behandler- og pasientperspektiv. Jeg valgte en kvalitativ metode for å oppnå mine resultater, som viser at NOKLUS-skjemaet kan bidra til at det etableres en felles forståelse mellom behandler og pasient, at pasienten kan ta økt ansvar for behandlingen, at skjemaet kan være en beslutningsstøtte og at det kan være et effektiviserende verktøy.

Ser man tilbake på Gulbrandsen og Finseth definisjon av medisinsk kommunikasjon sier de at formålet med er:

- 1. "Legen skal få tilstrekkelig informasjon til å forstå pasientenes tilstand og gi riktig behandling.*
- 2. Pasienten skal få tilstrekkelig informasjon til å mestre livet så godt som mulig gitt sin tilstand.*
- 3. Den skjer på kortest mulig tid og med minst mulig bruk av ressurser"*

Sett opp mot mine resultater ser man at NOKLUS-skjemaet kan være styrkende for den medisinske kommunikasjon. Det må poengteres at resultatene bygger på et datamateriale som er hentet inn fra spesialiserte avdelinger der endokrinologer og diabetessykepleiere har ledet konsultasjonene. De hadde alle rikelig erfaring med å bruke NOKLUS-skjemaet og i flere tilfeller hadde de gode relasjoner til pasienten fra tidligere behandling. I tillegg må det stilles spørsmål til funnenes validitet, grunnet forskerens manglende erfaring med kvalitativ forskning og kjennskap til analysemetoder.

Til slutt vil jeg nevne tre punkter jeg mener vil øke sannsynligheten for at lege, sykepleier eller annen behandler oppnår en bedre kommunikasjon i konsultasjonen når man benytter seg av en strukturert journal i møtet med pasienten. Disse er:

- 1. Invester god tid i første møtet med pasienten.*
- 2. Lær deg å bruke skjemaet.*
- 3. Inkluder pasienten og del skjemaet - begge skal kunne bruke det*

8 Kilder

1. Gulbrandsen P, Finset A. Skreddersydde samtaler: En veileder i medisinsk kommunikasjon. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
2. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*. 2000;49(9):796-804.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1995;152(9):1423-33.
4. Bardes CL. Defining "Patient-Centered Medicine". *New England Journal of Medicine*. 2012;366(9):782-3.
5. Pearce C, Dwan K, Arnold M, Phillips C, Trumble S. Doctor, patient and computer—A framework for the new consultation. *International Journal of Medical Informatics*. 2009;78(1):32-8.
6. Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *The British Journal of General Practice*. 2010;60(571):76-8.
7. Diabetesforbundet. NOKLUS diabetesskjema: Diabetesforbundet; 2015 [updated 18.01.17; cited 2017 24.03.17]. Available from: <https://www.diabetes.no/leksikon/n/noklus-diabetesskjema/>.
8. Larun L, Bjørner T, Fretheim A, Brurberg KG. Bruk av skjema i oppfølgingen av diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2016;136(22):417-22.
9. Frankel R, Altschuler A, George S, Kinsman J, Jimison H, Robertson NR, et al. Effects of exam-room computing on clinician-patient communication: a longitudinal qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2005;20(8):677-82.
10. Ventres W, Shah A. How do EHRs affect the physician-patient relationship? *American family physician*. 2007;75(9):1385, 90.
11. Shaarani I, Taleb R, Antoun J. Effect of computer use on physician-patient communication using a validated instrument: Patient perspective. *International Journal of Medical Informatics*. 2017;108(Supplement C):152-7.
12. Sobral D, Rosenbaum M, Figueiredo-Braga M. Computer use in primary care and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(12):1568-76.
13. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43.
14. Svaneus F. Sykdommens mening - og møtet med det syke mennesket. . Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.
15. Green AR, Carrillo JE, Betancourt JR. Why the disease-based model of medicine fails our patients. *Western Journal of Medicine*. 2002;176(2):141-3.
16. Schei E. Lytt - Legerolle og kommunikasjon: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke AS; 2015.
17. Gulbrandsen P. God kommunikasjon - også for legens skyld! 2008 [cited 2018. 2840 - 2]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2008/12/kronikk/god-kommunikasjon-ogsa-legenes-skyld>.
18. Montague E, Asan O. Physician Interactions with Electronic Health Records in Primary Care. *Health systems (Basingstoke, England)*. 2012;1(2):96-103.
19. Krüger K. Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte *Tidsskr Nor Legeforen*. 2007;16.

20. omsorgsdepartementet H-o. Én innbygger - én journal Oslo Regjeringen.no; 2016 [Meld. St. 9 (2012/3)]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/en-innbygger---en-journal/id2480065/>.
21. Helsedirektoratet. Hva er Én innbygger - én journal. In: Helsedirektoratet, editor. <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal/hva-er-n-innbygger-n-journal-sentrale-dokumenter-fra-utredningen-av-en-innbygger---en-journal-2015>. p. [https://ehelse.no/Documents/En innbygger%-en%journal/Sammendrag%Utredning%av%Én%innbygger%%én%journal_1.0.pdf](https://ehelse.no/Documents/En%20innbygger-%20en%20journal/Sammendrag%20Utredning%20av%20En%20innbygger%%20en%20journal_1.0.pdf).
22. Hauge H. Myndiggjøring som praksis Høgskolen i Vestfold 2003 [Available from: <http://www.forebygging.no/Kronikker/TIDLIGERE-KRONIKKER/Myndiggjoring-som-praksis-i-folkehelsearbeidet/>].
23. Wifstad Å. Helsefagenes etikk - en innføring. Oslo: Universitetsforlaget 2013.
24. Stene LC, Strøm H, Gulseth HL. Diabetes i Norge Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015 [updated 10.12.2015. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge---folkehelseappor/> - hovedpunkter.
25. Östenson C-G, Birkeland K, Henriksson J. Aktiviteteshåndboken: fysisk aktivitet i forebyggende behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
26. Helsedirektoratet. Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen Helsedirektoratet [Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/seksjon?Tittel=oppfolging-utredning-og-organisering-7125>årskontroll-og-bruk-av-noklus-diabetesskjemasterk-anbefaling.
27. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
28. Malterud K. Kvalitative medoder i medisinsk forskning: en innføring Oslo: Universitetsforlaget 2011.
29. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger Tidsskr Nor Legeforen. 2002;25:2468-72.
30. Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. Canadian Family Physician. 1989;35:153-7.
31. Den norske legeforening. Slik må fremtidens pasientjournal skapes. Den norske legeforening 2015;2/2015.
32. Vifladd E, Hopen L. Helsepedagogikk - Samhandling om læring og mestring Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom; 2004.
33. McDuffie RH, Struck L, Burshell A. Empowerment for Diabetes Management: Integrating True Self-Management into the Medical Treatment and Management of Diabetes Mellitus. The Ochsner Journal. 2001;3(3):149-57.
34. omsorgsdepartementet H-o. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 2015 [Available from: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3 - KAPITTEL 3s](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3-KAPITTEL_3s).
35. Haug C. Behandlingsstøtte Tidsskriftet. 2002;Tidsskr Nor Legeforen 2002; (122):1263.
36. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(1).
37. LeBlanc A, Ruud KL, Branda ME, Tiedje K, Boehmer KR, Pencille LJ, et al. The impact of decision aids to enhance shared decision making for diabetes (the DAD study): protocol of a cluster randomized trial. BMC Health Services Research. 2012;12(1):130.

38. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? Tidsskriftet. 2000(120):349-53.
39. Rosta J, Aasland O. Doctors' working hours and time spent on patient care in the period 1994 – 2014. Tidsskriftet. 2016(136):1355 - 9.
40. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes Oslo2017 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>.
41. Henricson M. Videnskabelig teori og metode. Fra idé til eksamination. København: Munksgaard; 2012.
42. Doyle RJ, Wang N, Anthony D, Borkan J, Shield RR, Goldman RE. Computers in the examination room and the electronic health record: physicians' perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation. Family practice. 2012;29(5):601-8.

Vedlegg 1 – NOKLUS-skjemaet

NOKLUS / Diabetesregisteret - Årskontrollskjema

Ola Normann
03.06.1946 (72 år)

1 Basis [Skriv ut samtykke/pas. info](#)

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Gitt samtykke til registeret | ja |
| Type diabetes | type 2 |
| Diagnosen stilt (årstall) | 2008 |
| Diabetes-kurs | nei |
| Høyde | 180 |
| 10 års risk for hjerte- karsykdom (%) | Middels (17%) |
| Førekort (evt. utløpsmåned) | nei |

2 Årskontroll

| | | |
|--|------------|--------------|
| Blodtrykk (mmHg) | 14.02.2018 | 140/90 |
| Vekt | 14.02.2018 | 198 |
| KMI | | 61,1 |
| Puls på fotrygg eller bak med. malleol | | ? |
| Monofilamenttest - mulig nevropati | | 4/8 |
| Egenkontroll av blodsukker | | ? |
| Hjelpetregende pga hypoglykemi | | ? |
| Røykestatus | | aldri daglig |
| Regelm. fysisk aktiv (dager pr. uke) | | ? |
| Siste øyelege-us. eller øyefoto | | 10/10 |
| Evt. siste kontroll hos indremedisiner | | 08/12 |

3 Arv

| | |
|---------------------------------------|----------|
| Biolog. foreldre/søsken/barn m/diab. | nei |
| Tidlig koronarsykdom. foreldre/søsken | nei |
| Etnisk opprinnelse | europesk |

4 Behandling Hent fra faste medisiner

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Bare kost/mosjon | nei |
| Metformin | ja |
| Sulfonylurea | nei |
| Glitazon | nei |
| GLP-1 analog | nei |
| DPP4 - hemmer | nei |
| SGLT2 - hemmer | nei |
| Andre antidiabetika | nei |
| Insulin | ja |
| Insulinadministrasjon | sprøyte/penn |
| Albyl-/E/andre platehemmer | nei |
| Antikoagulasjonsbehandling | nei |
| Lipidsenkende | ja |
| ACE hemmer/All blokker | ja |
| Tot. antall BT medikamenter | 1 |

5 Komplikasjoner

| | |
|--|-------|
| Koronar hjertesykdom | ja |
| - første tilfelle (årstall) | ? |
| Atrieflimmer | nei |
| Hjerneslag (unntatt TIA) | nei |
| - første tilfelle (årstall) | |
| Diabetes retinopati | nei |
| - første laserbehandl. (årstall) | |
| Nedsatt syn <0,3 (6/18) m/korr. | nei |
| Albuminuri eller nefropati | nei |
| Arteriell karkirurgi distalt for aorta | nei |
| Amputasjon (ikke traumatisk) | nei |
| - første tilfelle (årstall) | |
| Hatt diabetesår nedenfor ankel | aldri |
| Gjennomgått fedmekirurgi | ja |

6 Individuelle behandlingsmål

7 Siste resultater

| | 14.02.2018 | 22.11.2017 | 13.03.2017 | 14.10.2015 | 17.04.2015 | 15.04 |
|-----------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|--------|
| HbA1c < | 7,0 | 9,2 | | 8,7 | 9,0 | |
| KoLHDL-ratio < | 3,5 | KoL 3,9 | | 1,8 (4/2,2) | 2,1 (4,1/2) | |
| LDL < | 2,5 | 2,0 | | 2,3 | 2,4 | |
| Triglyserider < | 2,2 | 2,3 | | 2,4 | 2,2 | |
| Blodtrykk < | 135/85 | 140/90 | 120/90 | | | 120/80 |
| Vekt < | 83 | 198 | 198 | 110 | 89 | 89 |
| KMI | 61,1 | | 61,1 | 34,0 | 27,5 | 27,5 |
| S-Kreatinin | | 100 | | 77 | 78 | |
| eGFR | | 64 | | 88 | 85 | |
| ACR | | | | 1,1 | 0,9 | |

[Innstillinger](#) [Kopier tekstresymé](#)

Support: 55979500 noklus@noklus.no

Hold musepilen over teksten for å få hjelpetekst

Årets skjema (14/02) **89% utfyllt**

Skjema sist endret: 14.02.2018

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Jeg skal gjennomføre semistrukturerte intervjuer av både pasienter og leger i etterkant av hver av de planlagte konsultasjonene, som jeg vil observere og ta videopptak av. Målet er å kunne fange essensen av partenes situasjonsbeskrivelser og å utforske deres opplevelse av konsultasjonen. Nærmere bestemt vil jeg fokusere på hvordan de involverte partene opplever bruken av NOKLUS-skjemaet og hvordan det påvirket kommunikasjonen mellom lege – pasient. Videre ønsker jeg å frembringe ny kunnskap som kan brukes til å forbedre dagens praksis rundt bruken av NOKLUS-skjemaet i konsultasjoner mellom lege og diabetespasienter. Jeg vil vektlegge å holde spørsmålene åpne for at pasientene får muligheten til å fortelle det de føler på, noe som kan være vanskelig dersom skjemaet følges for nøyaktig. De temaene som kommer frem kan gi grunnlag til videre oppfølgingsspørsmål som ikke står i guiden.

Gangen i hvert intervju:

- Informere: Jeg orienterer kort om prosjektet og avklarer eventuelle spørsmål og får undertegnet pasient / legens samtykke.
- Trygge: Spørre enkelt spørsmål til lege / pasient (vite litt mer om personens bakgrunn)
- Intervjudel:

OBS → Guiden gjennomgikk endring etter første dag med intervjuer. Det ble ikke gjort forskjell på pasientene og legene, altså ingen intervensjon ble gjort.

PASIENT (konsultasjon med skjema fra start)

| | |
|---|--|
| Hvordan føler du at konsultasjonen gikk? | |
| Føler du at du fikk snakket / svart på de spørsmål (tanker og bekymringer) du hadde i forkant av konsultasjonen? | |
| Tror du legens bruk av NOKLUS-skjemaet hadde mye å si for hvordan konsultasjonen ble? (tok det mye tid/ plass? Følte du deg sett og hørt?) | |
| Har du gjort deg opp noen tanker / meninger rundt NOKLUS-skjemaet? (Motiverende? Noe å grue seg til? Nyttig verktøy? Oversiktsskapende? Gode / dårlige erfaringer → hvorfor?) | |
| Hvis noe kunne vært annerledes, hva tenker du det kunne vært? | |
| Til slutt, er det noe mer du ønsker å tilføye / oppsummere med? | |

PASIENT (konsultasjon med avventende skjema)

| | |
|--|--|
| Hvordan føler du at konsultasjonen gikk? | |
| Føler du at du fikk snakket de tanker og bekymringer du hadde i forkant av konsultasjonen? | |
| Et stykke inn i konsultasjonen introduserte legen NOKLUS-skjemaet. Endret det noe i kommunikasjonen mellom dere? (hva var dine personlige opplevelser av dette?) | |
| Har du gjort deg opp noen tanker / meninger rundt NOKLUS-skjemaet? (Motiverende? Noe å grue seg til? Nyttig verktøy? Oversiktskapende? Gode / dårlige erfaringer → hvorfor?) | |
| Hvis noe kunne vært gjort annerledes i konsultasjonen, hva mener du det kunne vært? | |
| Til slutt, er det noe mer du ønsker å tilføye / oppsummere med? | |

LEGE / SYKEPLEIER

"... du har nå gjennomført to konsultasjoner, én der du brukte NOKLUS-skjemaet som normalt og én der du bevisst avventet å bruke skjemaet til litt ute i konsultasjonen."

| | |
|--|---|
| Hvilken av konsultasjonene er du selv mest fornøyd med (effektivitet, informasjon, struktur, relasjonsbygging?) | |
| Føler du at du fikk et godt innblikk i pasientenes spørsmål rundt diabetessykdommen? (i hvilken konsultasjon fikk du mest innblikk?) | |
| Opplever du at bruken av NOKLUS-skjemaet er til nytte i din praksis? (NY: Tror du at bruken av noklus-skjemaet har redusert din tiden for databruk under konsultasjoner?) | Tror du bruken av NOKLUS-skjemaet gjør noe (tydeliggjør) med kommunikasjonen mellom deg og pasienten? (→ mer oversiktlig, begge ser trenden, lege kan lettere forberede seg grunnet trendskjema ...) |
| Tror du bruken av skjemaet kan komme i veien for pasientens mulighet til å få belyst eventuelle problemer / få svar på sine spørsmål? | |
| Hvis noe kunne vært gjort annerledes i konsultasjonen, hva mener du det kunne vært? | |
| Til slutt, er det noe mer du ønsker å tilføye / oppsummere med? | |
| | |
| | |

Intervjuguide

Jeg skal gjennomføre semistrukturerte intervjuer av både pasienter og leger i etterkant av hver av de planlagte konsultasjonene, som jeg vil observere og ta videopptak av. Målet er å kunne fange essensen av partenes situasjonsbeskrivelser og å utforske deres opplevelse av konsultasjonen. Nærmere bestemt vil jeg fokusere på hvordan de involverte partene opplever bruken av NOKLUS-skjemaet og hvordan det påvirket kommunikasjonen mellom lege – pasient. Videre ønsker jeg å frembringe ny kunnskap som kan brukes til å forbedre dagens praksis rundt bruken av NOKLUS-skjemaet i konsultasjoner mellom lege og diabetespasienter. Jeg vil vektlegge å holde spørsmålene åpne for at pasientene får muligheten til å fortelle det de føler på, noe som kan være vanskelig dersom skjemaet følges for nøyaktig. De temaene som kommer frem kan gi grunnlag til videre oppfølgingsspørsmål som ikke står i guiden.

Gangen i hvert intervju:

- Informere: Jeg orienterer kort om prosjektet og avklarer eventuelle spørsmål og får undertegnet pasient / legens samtykke.
- Trygge: Spørre enkelt spørsmål til lege / pasient (vite litt mer om personens bakgrunn)
- Intervjudel:

OBS → Guiden gjennomgikk endring etter første dag med intervjuer. Det ble ikke gjort forskjell på pasientene og legene, altså ingen intervensjon ble gjort.

PASIENT (konsultasjon med skjema fra start)

| | |
|---|--|
| Hvordan føler du at konsultasjonen gikk? | |
| Føler du at du fikk snakket / svart på de spørsmål (tanker og bekymringer) du hadde i forkant av konsultasjonen? | |
| Tror du legens bruk av NOKLUS-skjemaet hadde mye å si for hvordan konsultasjonen ble? (tok det mye tid/ plass? Følte du deg sett og hørt?) | |
| Har du gjort deg opp noen tanker / meninger rundt NOKLUS-skjemaet? (Motiverende? Noe å grue seg til? Nyttig verktøy? Oversiktsskapende? Gode / dårlige erfaringer → hvorfor?) | |
| Hvis noe kunne vært annerledes, hva tenker du det kunne vært? | |
| Til slutt, er det noe mer du ønsker å tilføye / oppsummere med? | |

Vedlegg 3 – Godkjenning: Personvernombud



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPÍJVISSO

Postadresse:
Nordlandssykehuset HF, Pb 1480,
8092 BODØ



PERSONVERNOMBUD

Vår ref: 10.17

Saksbehandler: Ailsa Larsen

Dato: 02.05.17

ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.05.17.

Tittel: Hvordan påvirkes den gode samtalen av legers bruk av NOKLUS-skjemaet?

Formål med prosjektet: Formålet med oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan bruk av NOKLUS-skjemaet påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient.

Tidspunkt for prosjektet (til/fra): 01.06.17 – 31.08.18

Prosjektet er en forskningsstudie hvor Medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø HF er databehandlingsansvarlig.

Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene ikke faller inn under medisinsk- og helsefaglig forskning etter Helseforskningsloven. Prosjektet trenger ikke REK godkjenning. Behandlingen vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helseregisterloven § 6, jf. Personopplysningsloven §§ 9 og 33 fjerde ledd. Forskningsstudien vil som hovedregel kreve samtykke.

Det forutsettes at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i selve meldingen samt i øvrig korrespondanse og samtaler. Videre forutsettes det at bestemmelsene i lov om behandling av personopplysninger og lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger med forskrifter følges. Prosjektet må videre gjennomføres i henhold til annet relevant regelverk, herunder de alminnelige regler om taushetsplikt.

- Dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen må det meldes særskilt i hvert enkelt tilfelle.
- Dersom prosjektet har varighet på mer enn tre år skal prosjektansvarlig hvert tredje år sende bekreftelse til personvernombud på at behandlingen skjer i overensstemmelse med søknaden og vilkårene som er nevnt i denne godkjennelsen.
- Det skal gis tilbakemelding til personvernombudet når registret er slettet.

Postadresse:
Nordlandssykehuset HF, Pb 1480,
8092 BODØ

Med hjemmel i personopplysningslovens forskrift § 7-12 godkjennes det at behandlingen av personopplysningene kan gjennomføres med de vilkårene som nevnt ovenfor.

Med hilsen
NORDLANDSSYKEHUSET HF

Alisa Larsen
Informasjonssikkerhetsrådgiver/Personvernombud

Vedlegg 1

Vedlegg – forskningsprosjekt

Helseforskningsloven

§ 10. Søknad om forhåndsgodkjenning

Søknad om forhåndsgodkjenning av et forskningsprosjekt skal sammen med forskningsprotokollen sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal foreta en alminnelig forskningsetisk vurdering av prosjektet, og vurdere om prosjektet oppfyller kravene stilt i denne loven eller i medhold av denne loven. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan sette vilkår for godkjenning.

Vedtak vedrørende forhåndsgodkjenning kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. lov 30. juni 2006 nr. 56 om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4.

Departementet kan gi forskrifter om krav til søknaden, om saksbehandlingsfrister for den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og om de nærmere vilkårene for forhåndsgodkjenning

Forskrift om behandling av personopplysninger

§ 7-12. Personvernombud

Datatilsynet kan samtykke i at det gjøres unntak fra meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, dersom den behandlingsansvarlige utpeker et uavhengig personvernombud som har i oppgave å sikre at den behandlingsansvarlige følger personopplysningsloven med forskrift.

Personvernombudet skal også føre en oversikt over opplysningene som nevnt i personopplysningsloven § 32.

Vedlegg 4 – Samtykkeskjema pasient og lege

Til pasienten

Du skal i dag til time hos lege ved diabetespoliklinikken. Som et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Tromsø og sykehuset har vi igangsatt et forskningsprosjekt hvor vi studerer hvordan leger og pasienter kommuniserer om diabetes.

1. Vi er interessert i å vite hvordan du opplever møtet med legen i dag, og vil be deg være med på et intervju etter konsultasjonen.
2. Vi ønsker å se nærmere på dialogen mellom deg og legen, og ønsker derfor å gjøre et videoopptak av selve samtalen og undersøkelsen i dag. Det vil ikke bli filmet dersom det blir aktuelt med intime undersøkelser.

Opptaket vil bli oppbevart slik at ingen uvedkommende har tilgang til det, og vil bli slettet når prosjektet er avsluttet, og senest 1.1.2020.

Du kan når som helst kan ombestemme deg og be om at opptaket blir slettet.

Det vil ikke få noen konsekvenser for deg eller studenten om du ikke ønsker at det skal gjøres videoopptak av deg i dag.

Dersom du samtykker til at det blir gjort opptak, ber vi om at du fyller ut skjemaet nedenfor før du går inn til eksamen.

Samtykkeskjema for videoopptak av konsultasjon med lege og intervju

Undertegnede pasient samtykker med dette til at samtalen jeg i dag skal ha med

Lege (fornavn) _____

(etternavn) _____

blir tatt opp på video.

Sted: _____ Dato: _____

(pasientens underskrift)

Kontaktarket på neste side kan du beholde dersom du ønsker å kontakte oss seinere

Kontaktperson ved Universitetet er kst. overlege dr.med. Eirik Hugaas Ofstad, tlf. 91 18 55 81

DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

Til legen

Som et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Tromsø og sykehuset har vi igangsatt et forskningsprosjekt hvor vi studerer hvordan leger og pasienter kommuniserer om diabetes. Vi ønsker derfor å gjøre videoopptak av deg i minst to konsultasjoner. Til minst en av konsultasjonene kommer vi til å foreslå at du gjør en spesifikk samtalerettet oppgave, sånn at vi kan se hvordan det virker. Vi vil intervju pasienten etter konsultasjonene og vil intervju deg etter at konsultasjonene er ferdig (til sammen ett intervju).

Opptaket vil bli oppbevart slik at ingen uvedkommende har tilgang til det, og vil bli slettet når prosjektet er avsluttet, og senest 1.1.2020. *Du kan når som helst kan ombestemme deg og be om at opptaket blir slettet.*

Det vil ikke få noen konsekvenser for deg eller studenten om du ikke ønsker at det skal gjøres videoopptak av deg i dag.

Dersom du samtykker til at det blir gjort opptak, ber vi om at du fyller ut skjemaet nedenfor før du går inn til eksamen.

Samtykkeskjema for videoopptak av konsultasjoner med pasient

Undertegnede samtykker med dette til deltakelse i studien

Lege (fornavn) _____

(etternavn) _____

Sted: _____ Dato: _____

(legens underskrift)

Kontaktarket på neste side kan du beholde dersom du ønsker å kontakte oss seinere

Kontaktperson ved Universitetet er kst. overlege dr.med. Eirik Hugaas Ofstad, tlf. 91 18 55 81

Vedlegg 5 – Søknad om sikker lagring av data



Søknad om sikker lagring av data

Dokumentansvarlig: Jan Terje Henriksen
Godkjent av: Beate Sørslett
Gyldig for: Nordlandssykehuset HF NLSH

Dokumentnummer: SJ8455
Versjon: 1

| PROSJEKTINFORMASJON | |
|---|---|
| Prosjekttittel: | Hvordan påvirker bruk av Norsk diabetesregister for voksne den gode samtalen mellom lege - pasient? |
| Oppstarts- og avslutningsdato for prosjektet: | 01.04.2017 – 31.08.2018 |
| Prosjektleder ved NLSH: | Eirik Hugaas Ofstad |
| Eventuell ekstern prosjektleder: | Ragnar Martin Joakimsen, UNN Tromsø |
| Klinikk: | Medisinsk poliklinikk |
| Kort beskrivelse av type data som skal lagres: | Videooptak av konsultasjoner og påfølgende båndopptak av intervju med pasient. |
| Tidspunkt for sletting av forskningsdata: | 01.01.2020 |
| Rettslig grunnlag for prosjektet (REK, Datatilsynet eller andre): | Ikke nødvendig. |
| Særskilte krav stilt av godkjenninginstans (REK, Datatilsynet eller andre): | Ingen særskilte krav stilt. |
| Annen informasjon om prosjektet: | |

| TILGANGSINFORMASJON |
|--|
| Ansatte ved NLSH med tilgang til data (kun navn oppgis): |
| Eirik Hugaas Ofstad |
| Eventuelle andre som skal ha tilgang: |
| Ragnar Martin Joakimsen, UNN |
| Ansatte ved NLSH med tilgang til key-mappe (koblingsnøkkel): |
| |

Skjema sendes til Seksjon for forskning (forskning@nlsh.no) med kopi til personvernombudet (pvo@nlsh.no) ved Nordlandssykehuset.

Sted, dato: 28/03/2017
Skjema er fylt ut av: Vegard Bredal Olsen

Vedlegg 6 – GRADE-gjennomgang (5 artikler)

| .Referanse: Sobral D, Rosenbaum M, Figueiredo-Braga M. Computer use in primary care and patient-physician communication. Patient Education and Counseling. 2015;98(12):1568-76. | | | GRADE | |
|---|---|--|--|-----|
| | | | Dokumentasjonsnivå | IV |
| | | | Anbefalning | Lav |
| Formål | Materiale og metode | Resultater | Diskusjon/kommentarer | |
| Formålet med studien er å evaluere hvordan leger og pasienter oppfatter datamaskinens påvirkning av den kliniske kommunikasjon, og hvordan en pasientsentret tilnærming kan påvirke utfallet av den kliniske kommunikasjon. | Studien er en tverrsnittsstudie utført ved 13 fastlegekontor. Leger ble rekruttert via koordinator ved de ulike fastlegekontor mens pasienter ble rekruttert av helsefagarbeider ved hvert legekontor. Ønske om å delta var eneste inklusjonskriterie. Leger og pasienter mottok ulike spørreskjema med spørsmål tilpasset deres rolle i konsultasjonen. I legenes skjema ble det stilt spørsmål vedrørende legens databruk, meninger rundt datamaskinens påvirkning av konsultasjonen og hvordan datamaskin ideelt sett skulle plasseres i konsultasjonsrommet. Det fulgte også et spørreskjema der lege skulle evaluere hvordan legen vektla egen evne til å føre en pasientsentrert kommunikasjon. Pasientene mottok spørsmål om deres generelle inntrykk av leges databruk under konsultasjonen og hvordan det påvirket kommunikasjonen. | 142 leger (92 spesialisert og 50 leger i spesialisering) samt 392 pasienter ble inkludert til studien. Legene rapporterte å bruke datamaskinen i alle faser av konsultasjoner (før, under og etter konsultasjonen), mest til forberedelse, forskrive resepter og føre journal og minst til å dele informasjon og notater med pasientene. I snitt anga legene å bruke datamaskin 42% av tiden under konsultasjonen. Legene rapporterte at datamaskin hadde en negativ påvirkning av konsultasjonen, med tanke på tidsbruk, pasientsikkerhet, øyekontakt med pasient, aktiv lytting og evne til å forstå det pasienten rapporterte. Pasientene på sin side rapporterte signifikant positive effekter for samtlige nevnte tema, sammenliknet med legene. I tillegg anga de at legen brukte kortere tid foran datamaskin, enn det legene selv gjorde. Mannlige pasienter var mest fornøyde med sin leges evne til kommunikasjon. Lege rapporterte at deres plassering av datamaskinen i konsultasjonsrommet var signifikant ufordelaktig for lege-pasient-kommunikasjonen. Angående tilbakemeldinger rundt den pasientsentrerte evaluering gjort av pasientene, ble det funnet en positiv korrelasjon mellom leges pasientsentrerte tilnærming og evne til å bruke datamaskin under konsultasjonen (gi helseinformasjon, føre journal, søke faglig informasjon). | Sjekkliste: Er problemstillingen klart formulert? Ja. Er en tverrsnittstudie velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet? Tverrsnittstudie er blant flere metoder en velegnet metode. Om en ønsker forståelse av svarene vil en kvalitativ undersøkelse også være passende. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja. Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Nei. Er svarprosenten høy nok? Ja (sample size needed var 383). Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja. Er datainnsamlingen standardisert? Ja. Er dataanalysen standardisert? Ja. Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Ja. Kan det overføres til praksis? Gir en pekepinne på hvordan leger og pasienter oppfatter datamaskinens påvirkning av konsultasjon, men bare på gitte tidspunkt innenfor gitte populasjon. Styrke: Data innhentet fra et stort antall leger (spesialister og LIS-leger) Svakhet: Begrenset til et lite område. Selvrapportering gjennom spørreskjema svekker validiteten. | |
| Konklusjon | | | | |
| Leger oppfatter datamaskinens påvirkning av konsultasjonen som negativ, mens pasientene har en positiv holdning til datamaskinen og hvordan den påvirker pasient – lege – kommunikasjonen. | | | | |
| Land | | | | |
| Portugal | | | | |
| År data innsamling | | | | |
| 2014 | | | | |

| Referanse: | | | GRADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|------------|---------------------|------------|---------------------|-------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|---|------------|---|------------|---|-------------|-------------|-------------|---------------------|----|----------|--------|-------|--------|-------|------|------|------|-------|----|----------|--------|-------|-------|------|------|------|------|----------------|----|---------|--------|-------|-------|------|------|------|------|--|--|
| Montague E, Asan O. Physician Interactions with Electronic Health Records in Primary Care. Health systems (Basingstoke, England). 2012;1(2):96-103. | | | Dokumentasjonsnivå | IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Anbefaling | Lav | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formål | Materiale og metode | Resultater | Diskusjon/kommentarer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Studiens formål er å utforske hvordan leger interagerer med elektroniske helsejournaler (EHJ). Dette for å forstå samspillet mellom lege og EHJ og videre forstå hvordan det kan bidra til positiv lege-pasient-interaksjon.</p> | <p>Studiedesign: Kvantitativ og kvalitativ metode</p> <p>100 pasienter (54 menn og 46 kvinner) og 10 leger (fire menn og seks kvinner) ble rekruttert fra fem ulike legesentre. Legene ble rekruttert via e-mail og pasientene ble alle kontaktet av helsepersonell ved legesenter to dager før konsultasjon og spurt om de ville delta.</p> <p>Gjennom konsultasjonen målte man tiden legen brukte på å stirre på dataskjerm og skrive på tastatur.</p> <p>Observasjonene ble kvantifisert og deretter kodet til enten a) stirre på dataskjerm eller b) skrive på tastatur.</p> <p>Videre ble det gjort en kvalitativ analyse på bakgrunn av kvantifisering av hver enkelt leges resultat (a og b). Kvalitative tema ble opprettet og legene ble plassert inn i ulike grupper, etter hva som fremkom fra kvantifisering.</p> | <p>Prosentvis tid lege brukte på å a) stirre på dataskjerm varierte fra 24.9 til 49.6% av konsultasjonen. Prosentvis tid lege brukte på å b) skrive på tastatur varierte fra 2.8 til 21.6%.</p> <p>Tre distinkte klassifikasjoner av legens interaksjon med EHJ fremkom av analyse: Teknologisentrert, pasientsentrert og blandet.</p> <p>Den teknologisentrerte gruppen (n=2) stirret på datamaksinen 49.6% av konsultasjonstiden t og skrev på tastaturet i 21.6% av tiden. Den pasientsentrerte gruppen (n=4) brukte 24.9% av tiden til å stirre på dataskjermen og 2.8% til å skrive på tastaturet. Av den blandede gruppen (n=4) brukte 34.8% tiden til å stirre på dataskjerm og 8.5% av tiden til å skrive på tastaturet.</p> <p>Det var signifikante forskjeller interaksjonstid med datamaskin mellom gruppene, både når det gjaldt a) tid til å stirre på dataskjerm og b) tid til å skrive på tastaturet.</p> <p>Pasienter evaluerte samtidig legens ferdigheter med bruk av EHJ (skala fra 1-5, der 5 indikerte svært fornøyd):</p> | <p>Sjekkliste:</p> <p>Er problemstillingen klart formulert? : Ja</p> <p>Er en tverrsnittstudie velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet? : Ja</p> <p>Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja.</p> <p>Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? : Risiko for utilsiktet seleksjon av pasienter, der de mer fornøyde pasientene velger å stille opp.</p> <p>Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? : Nei.</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja.</p> <p>Er datainnsamlingen standardisert? : Ja.</p> <p>Er dataanalysen standardisert? : Ja.</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Ja</p> <p>Kan det overføres til praksis? Ja, resultatet kan øke bevisstheten</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Konklusjon | <p>Det ble identifisert tre ulike stiler for hvordan lege benytter seg av EHJ: Teknologisentrert, pasientsentrert og en blanding av disse.</p> <p>Leger som hadde en teknologisentrert stil stirret mer på dataskjermen og skrev mest på tastaturet under konsultasjonene. Leger som hadde en blandet stil vekslet mellom å ha oppmerksomhet og blikk rettet mot datamaskin og pasient. Legene med en pasientsentrert stil</p> | <p>Table 2</p> <p>Mean ratings for physician interaction and patient assessments</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Interaction Style</th> <th rowspan="2">N= Visits</th> <th colspan="2">Visit Length</th> <th colspan="2">MD gaze at computer</th> <th colspan="2">Typing</th> <th rowspan="2">Patient trust in physician*</th> <th rowspan="2">Patient trust in physicians' EHR use*</th> <th rowspan="2">Patient satisfaction of physicians' EHR use*</th> </tr> <tr> <th>Time(sec)</th> <th>%</th> <th>Time (sec)</th> <th>%</th> <th>Time (sec)</th> <th>%</th> <th>Mean rating</th> <th>Mean rating</th> <th>Mean rating</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Technology Centered</td> <td>20</td> <td>14:49.75</td> <td>717.78</td> <td>49.6%</td> <td>269.27</td> <td>21.6%</td> <td>4.55</td> <td>4.59</td> <td>4.59</td> </tr> <tr> <td>Mixed</td> <td>40</td> <td>10:11.25</td> <td>348.64</td> <td>34.8%</td> <td>84.29</td> <td>8.5%</td> <td>4.73</td> <td>4.69</td> <td>4.67</td> </tr> <tr> <td>Human Centered</td> <td>40</td> <td>9:24.45</td> <td>225.16</td> <td>24.9%</td> <td>29.04</td> <td>2.8%</td> <td>4.66</td> <td>4.43</td> <td>4.62</td> </tr> </tbody> </table> <p>Note: * out of 5-point Likert scale</p> | Interaction Style | N= Visits | Visit Length | | MD gaze at computer | | Typing | | Patient trust in physician* | Patient trust in physicians' EHR use* | Patient satisfaction of physicians' EHR use* | Time(sec) | % | Time (sec) | % | Time (sec) | % | Mean rating | Mean rating | Mean rating | Technology Centered | 20 | 14:49.75 | 717.78 | 49.6% | 269.27 | 21.6% | 4.55 | 4.59 | 4.59 | Mixed | 40 | 10:11.25 | 348.64 | 34.8% | 84.29 | 8.5% | 4.73 | 4.69 | 4.67 | Human Centered | 40 | 9:24.45 | 225.16 | 24.9% | 29.04 | 2.8% | 4.66 | 4.43 | 4.62 | | |
| Interaction Style | N= Visits | Visit Length | | | MD gaze at computer | | Typing | | Patient trust in physician* | Patient trust in physicians' EHR use* | | | | Patient satisfaction of physicians' EHR use* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Time(sec) | % | Time (sec) | % | Time (sec) | % | Mean rating | | | Mean rating | Mean rating | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Technology Centered | 20 | 14:49.75 | 717.78 | 49.6% | 269.27 | 21.6% | 4.55 | 4.59 | 4.59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mixed | 40 | 10:11.25 | 348.64 | 34.8% | 84.29 | 8.5% | 4.73 | 4.69 | 4.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Human Centered | 40 | 9:24.45 | 225.16 | 24.9% | 29.04 | 2.8% | 4.66 | 4.43 | 4.62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| brukte minst tid foran datamaskin og fokuserte mer på pasient. | | | rundt behandleres bruk av datamaskin under konsultasjonen og hvordan det påvirker kommunikasjonen med pasienten. Styrke - Grundig metode gjennom kvantifisering og påfølgende kvalitativ analyse. Svakhet - Innhentet materiale er begrenset til konsultasjoner i allmennpraksis. - Data ble innhentet fra kun et EHJ-system av et fåtall leger. - Vanskelig å generalisere funn. - Rekrutteringsrate var 47%. |
| Land | | | |
| USA | | | |
| År data innsamling | | | |
| 2012 | | | |

| Referanse: | | Grade | |
|---|--|---|---|
| Pearce C, Dwan K, Arnold M, Phillips C, Trumble S. Doctor, patient and computer—A framework for the new consultation. <i>International Journal of Medical Informatics</i> . 2009;78(1):32-8 | | Dokumentasjonsnivå | IV |
| | | Anbefalning | Lav |
| Formål | Materiale og metode | Resultater | Diskusjon/kommentarer |
| Formålet med studien er å vise hvordan bruk av datamaskin påvirker lege-pasient-interaksjonen under konsultasjoner i allmennpraksis. | Studien er en kvalitativ studie basert på videoobservasjoner av konsultasjoner. Allmennpraktisrende leger ble rekruttert fra organisasjonen "Division of General Practice" og pasientene ble rekruttert lokalt via legekantoret de tilhørte. Eneste inklusjonskriterie var at lege benyttet seg av datamaskin med et gitt dataprogram for å føre journal, bestille blodprøver og forskrive medisiner. Pasientenes eneste inklusjonskriterie var ønske om å delta i studien. | Totalt ble det rekruttert 20 allmennpraktisrende leger og det ble samlet inn tilsammen 141 konsultasjoner etter at 34 konsultasjoner gikk tapt grunnet elektroniske problemer og 17 ble slettet etter pasientenes eget ønske. Legers, pasienter og datamaskin ble kodet på bakgrunn av de meningsfylte observasjoner som kunne fortelle noe om deres rolle og handlinger i konsultasjonen. Leger ble klassifisert som unipolar eller bipolar bestemt ut fra hvilken retning deres underkropp pekte under konsultasjonen. Leger med en unipolar stil hadde nedre del av kroppen vendt i retning data og de spurte ofte spørsmål som kom frem gjennom datamaskinen (tidligere journalnotater, ulike skjema). Deres kroppsspråk preges av at deres nedre halvdel av kroppen er orientert i en annen retning enn overkroppen. Leger med en bipolar stil skiftet fokus mellom data og pasient, der de hadde et tydelig skille mellom "pasient-tid" og "skjermtid". Både over- og underkropp var vendt enten i retning pasient eller i retning datamaskin. Leger varierte mellom en fokusert, ufokusert og tenkende, når det gjaldt kontakt med pasientene. Pasienter ble delt opp i dyadisk og triadisk, der den dyadiske gruppen kun holdt oppmerksomhet rettet mot sin lege mens de triadiske så både datamaskin og lege som integrerte deler av konsultasjonen. Det ble notert ulik interesse og holdninger til databruk. Noen leger brukte data for seg selv, andre inkluderte pasientene i bruken. Noen pasienter ignorerte også dataskjerm. Datamaskinen ble kategorisert som enten aktiv eller passiv alt etter hvordan den påvirket konsultasjonen. Aktiv betydde at utilsiktede hendelser (varslinger fra mail, dataprogrammer eller liknende) opptok legens oppmerksomhet, mens passiv betydde at datamaskinens nærvær og potensielle kunne oppta lege eller pasients oppmerksomhet ved at den kunne bli benyttet til feks. å sjekke tidligere journaler eller prøveresulater. | Er problemstillingen klart formulert? Ja. Er valgt metode velegnet for å besvare problemstillingen? Ja, men oppfattes som komplisert. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Nei Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført, og er fortolkningen av data forståelig, tydelig og timelig? Både og, analyse fremgår i grove trekk. Oppfatter fortolkning som uklart. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Ikke grundig redegjort, men nevnt under diskusjonsdel. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? Nei, men det oppfordres til det. Er etiske forhold vurdert? Ja Kommer det klar fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? Ja. Styrker Tolkning grundig gjennomgått med et utvidet forskningsteam for å fange opp og diskutere potensielle nøkkeler. Svakhet Lite tidligere litteratur å støtte seg på, særlig angående pasienters holdning til datamaskin. |
| Konklusjon | All ny teknologi bærer med seg fordeler og ulemper. Det er en fare for at datamaskiner rolle under konsultasjon kan dehumanisere konsultasjonen, og det er også en risiko for at denne faren i seg selv, ekskluderer datamaskinen og dens muligheter. Dersom leger tar hensyn til datamaskinens rolle, unngår fallgruvener og utnytter dens potensielle vil en triadisk interaksjon hvor begge parter drar nytte av datamaskinens tilstedeværelse være mulig. | | |
| Land | | | |
| 2007 | | | |
| År data innsamling | | | |
| Australia | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Referanse: Larun L, Bjørner T, Fretheim A, Brurberg KG. Bruk av skjema i oppfølgingen av diabetes i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen. 2016;136(22):417-22. | | GRADE | |
| | | Dokumentasjonsnivå | III |
| | | Anbefalning; | Middels |
| Formål | Materiale og metode | Resultater | Diskusjon/kommentarer |
| Formålet med studien var å undersøke om allmennlegers bruk av skjemaer for registrering av kliniske data bidrar til lavere dødelighet og sykkelighet for pasienter med diabetes type 2. | Studien er en systematisk oversikt bygget på søk i MEDLINE, EMBASE, OSO Web of Scinence, Cochrane CENTRAL og PubMed. I søket ble det kombinert tekst- og emneord som beskriver populasjon og intervensjon og avgrenset med søkeord for relevante studiedesigner. Det resulterte i 20940 artikler som ble vurdert opp mot forhåndsdefinerte seleksjonskriterier. En forfatter ekstraherte data fra studiene og en annen forfatter vurderte risiko for skjevhet knyttet til pasientseleksjon Studier som omhandler voksne over 18 år med diabetes som ble fulgt opp i primærhelsetjenesten der man sammenlignet dødelighet og sykkelighet med og uten bruk av skjema. Resultataene er oppsummert kvalitativt i metaanalyser. Metaanalyser er utført i Review Manager Software ved bruk av en random effektmodell. Utfallsmål rapporteres som hasardratio eller oddsratio. Kontinuerlige utfall rapporteres som gjennomsnittsforskjeller. | Totalt ble det inkludert syv randomiserte, kontrollerte studier som ble publisert mellom 2001 og 2011. Tre studier var utført i USA, én i Nederland, én i Storbritannia, én i Canada og én i Danmark. Antall pasienter varierte fra 335 til 7412 og gjennomsnittsalder va 60 år. Tre studier ble grunnet gode randomiseringsprosedyrer vurdert med lav risiko for skjevhet, mens de resterende fire studier ble vurdert å ha høy risiko for skjevhet. Lege benyttet seg av diabetesskjema i samtlige studier og var integrert i den elektroniske pasientjournalen i de fleste studiene. Primærutfall: I én studie (1 263 deltakere) ble effekten av skjema bruk på harde utfallsmål undersøkt, uten at det ble funnet tydelige effekter på dødelighet (HR 0,91; 95 % KI 0,72 – 1,14), hjerteinfarkt (OR 0,65; 95 % KI 0,31 – 1,35), hjerneslag (OR 0,89; 95 % KI 0,39 – 2,01), perifer nerveskade (OR 0,86; 95 % KI 0,57 – 1,29) eller retinopati (OR 0,90; 95 % KI 0,53 – 1,52). For alle undersøkte utfall var det positive tendenser i favør skjema bruk, men effektestimaterne var for upresise til at det kunne konkluderes noe sikkert. Sekundærutfall: I alle de inkluderte studiene ble effekten av bruk av skjema for minst ett sekundærutfall rapportert. Bruk av skjema har trolig liten eller ingen effekt på kroppsvekt (tre studier), men en liten, positiv effekt på blodtrykk (fem studier) og total kolesterolnivå (to studier). | Sjekkliste: Er problemstillingen klart formulert? Ja Styrke - Analyse er basert på resultater med justering for klyngeeffekter. Estimateffekter er justert for forskjeller mellom gruppene ved studieoppstart. - Kvalitet på dokumentasjon ble vurdert med GRADE-skalaen Svakhet - Få studier ble inkludert i analysen. - Manglende dokumentasjon gjør at det ikke er mulig å bekrefte / avkrefte mulig effekt av skjema i oppfølging av diabetespasienter. - Sensitivitets- og subgruppeanalyser for å utforske forskjeller mellom de ulike variablene ble ikke gjort da datamaterialet var for lite til slike analyser. - Kort oppfølgingstid i samtlige av studiene. - Ulike typer skjema og ulike typer tilbakemeldinger |
| Konklusjon | | | |
| Oversikten viser at den kliniske effekten av å bruke skjemaet er usikker. Det registreres en bedring i diabetesoppfølgingen etter at slike skjema (for eksempel NOKLUS-skjemaet) ble tatt i bruk. Man bør overveie å vurdere nytten av skjemaer i oppfølging av diabetespasienter og måle virkning på dødelighet og sykkelighet, hvordan allmennleger og pasienter opplever bruken av skjemaet og hvorvidt bearbeiding av innsamlede registerdata kan bedre kvaliteten på oppfølging. | | | |
| Land | Hovedvekt ble lagt på harde utfall som risiko for død, koronar sykdom og hjerneslag | | |
| Norge | | | |
| År data innsamling | | | |
| 2015 | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Referanse: Doyle RJ, Wang N, Anthony D, Borkan J, Shield RR, Goldman RE. Computers in the examination room and the electronic health record: physicians' perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation. Family practice. 2012;29(5):601-8. | | | GRADE |
| | | | Dokumentasjonsnivå IV |
| | | | Anbefaling: Lav |
| Formål | Materiale og metode | Resultater | Diskusjon/kommentarer |
| Formålet med studien var å sammenlikne legers selvrapporterte holdninger til elektroniske helsejournaler (EHJ) i forkant av, og etter full installasjon og implementering av datamaskin i undersøkelsesrommet og videre analysere effekten dette ville ha på legens praksis og kliniske møter med pasientene. | <p>Studiedesign: Kvalitative metode</p> <p>To intervjuer ble gjort av 24 leger. Et før full implementering av EHJ og et 8 måneder etter at implementering var gjort.</p> <p>Datamaterialet ble samlet inn over to omganger: før instrallasjon av datamaskin og implementering av EHJ og 8 måneder etter at installering og implementering av data og EHJ var gjort.</p> <p>Første runde med intervjuer var semistrukturerte, men inkluderte også spontane spørsmål og oppfølgingsspørsmål for å søke klarhet eller dypere forståelse av deltakernes svar.</p> <p>I andre intervju fulgte man opp samme tema, men spørsmålene søkte i større grad refleksjon over deltakernes erfaringer med bruken av EHJ de siste 8 månedene.</p> <p>Innhentet datamaterialet ble transkribert og analysert etter Crabtree og Millers "Immersion/Crystallization"-metode.</p> | <p>Ut fra det analyserte datamaterialet fremkom det fire ulike tema som belyser legenes holdninger og meninger tilknyttet installasjon av datamaskin og implementering av EHJ i konsultasjonen:</p> <p>i) Bekymring for taushetsplikt og pasientsikkerhet ii) Legens ferdigheter i å bruke datamaskin og EHJ iii) Kvaliteten på pasientomsorg iv) Lege-pasient-interaksjon</p> <p>Etter første intervjurunde rapporterte leger bekymringer angående potensielle negative effekter av å innføre datamaskiner og EHJ i konsultasjonen, dette var: Redusert kvaliteten på pasientomsorgen og svekket lege-pasient-interaksjon. Videre uttrykket de bekymring angående egne ferdigheter når det kom til bruk av skjema samt bekymring rettet mot taushetsplikt og pasientsikkerhet. Av potensielle, positive sider ble det nevnt økt tilgang til pasientinformasjon og helseinformasjon.</p> <p>I andre runde med intervjuer rapporterte leger at deres bekymringer ikke viste seg å være aktuelle. De oppdaget mange muligheter og fordeler med bruk av datamaskin og EHJ under konsultasjonen som gagnet interaksjon med pasient. Blant annet ble økte muligheter til å gi informasjon til pasient som resulterte i høyere kvalitet av behandlingsplan.</p> | <p>Sjekkliste:</p> <p>Er formålet klart formulert? Ja.</p> <p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja.</p> <p>Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja.</p> <p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja.</p> <p>Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Ja.</p> <p>Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja.</p> <p>Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Ja.</p> <p>Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? Nei, men de oppfordrer til videre forskning.</p> <p>Er etiske forhold vurdert? Ja.</p> <p>Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? Ja.</p> <p>Styrker Tolker effekt av intervensjon.</p> <p>Svakheter Få deltakere. Begrenset generaliserbarhet. Selvrapporterende studie, kan variere dersom det ble gjort tolkning av observasjon.</p> |
| Konklusjon | | | |
| Funn fra artikkel foreslår tre områder for videre forskning: i) Påvirkning av allianse mellom lege og pasient når datamaskin er tilstede. ii) Undervisning og opplæring i EHJ iii) | | | |
| Land | | | |
| USA | | | |
| År data innsamling | | | |
| 2012 | | | |